

様式第六 (第十六条、第十六条の二、第九十九条、第一百条、第一百四十四条の六十九、第一百四十四条の七十、第二百二十七条、第三十七條の六十五、第三十七條の六十六、第七十四條、第七十六條、第九十五條、第二百六十五條、第二百六十五條の二、第二百六十五條の三関係)

変更届書

業務の種類別		第〇種医療機器製造販売業	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		13B〇X00000 令和〇年〇月〇日	
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所	名称	都庁メディカル株式会社	
	所在地	東京都新宿区西新宿	
変更内容	事項	変更前	
	総括製造販売責任者	東京 太郎 東京都新宿区百人町〇-〇-〇 医薬品医療機器等法施行規則第114条の49第1項第1号	薬務 花子 東京都港区港南〇-〇-〇 医薬品医療機器等法施行規則第114条の49第1項第1号
変更年月日		令和〇年〇月〇日	
備考		責任者の資格を証する書類は、令和〇年〇月〇日提出の医療機器製造業変更届書(13BZ000000)に添付のため省略	

有効期間の始期年月日 (証明日ではありません。)

総括製造販売責任者の氏名、住所及び資格条文を記載します。
変更のない箇所についても記載が必要です。

上記により、変更の届出をします。
令和 年 月 日

提出する日を記載してください。

添付書類を省略する際には、添付先の書類の種類と提出年月日を記載してください。

住所 東京都中央区〇〇X-X-X

氏名 都庁メディカル株式会社
代表取締役 健康 一

住所・氏名は登記簿どおりに記載してください。

東京都知事 〇〇 〇〇 殿

届出時点での都知事名を記載してください。

担当者: 薬事部 薬務花子
連絡先: 03-XXXX-XXXX
業者コード: 000000-001

事業所に割り当てられている業者コードを記載してください。(法人としてのコード(-000)ではありません。)