

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、第二百三十七条の六十五、第二百三十七条の六十六、第二百七十四条、第二百七十六条、第二百九十五条、第二百六十五条、第二百六十五条の二、第二百六十五条の三関係)

変 更 届 書

業 務 の 種 別		医療機器製造業	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		13BZ000000 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 品川工場	
	所 在 地	東京都品川区〇〇X-X-X	
変更内容	事 項	変 更 前	変 更
	責任役員	薬務 花子 東京 太郎	薬務 花子 健康 一 福保 元気
変 更 年 月 日		令和〇年〇月〇日	
備 考		役員は、法第5条第3号イからトまでに掲げる者に該当しない。 登記事項証明書は、令和〇年〇月〇日提出の第〇種医療機器製造販売業(13B〇X00000)変更届書に添付のため省略 製造品目：医療機器プログラム 医療機器プログラムの記憶媒体 [一般医療機器] プログラム・一般医療機器以外 製造工程：設計 主たる組立て 滅菌 [最終製品の保管]	

有効期間の始期年月日  
(証明日ではありません。)

変更しない役員についても  
記載が必要です。

実際の就任日・退任日等を記載してください。(登記日ではありません。)

変更後の役員について、欠格条項の  
該当の有無を記載してください。

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

該当する製造品目の種類と製造工程を  
記載してください。

上記により、変更の届出をします。  
令和 年 月 日

住 所 東京都新宿区西新宿 X-Y-Z  
氏 名 都庁メディカル株式会社  
代表取締役 健康 一

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

製造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。)