

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、第七十四条、第七十六条、第九十五条、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		医療機器修理業	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		13BS000000 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 メンテナンスセンター	
	所 在 地	東京都文京区〇〇X-X-X 〇〇ビル	
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、令和〇年〇月〇日付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		

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。

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

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。)