

許可証返納届書

業務の種類別	第●種医療機器製造販売業	
許可番号及び年月日	13B●X00000 令和○年△月×日	
主たる機能を有する 事務所	名称	◆◆株式会社 本店
	所在地	東京都新宿区西新宿 X-Y-Z
返納の理由	1 他県移転のため <input type="radio"/> 2 種別変更による新規業許可取得のため (該当するほうを○で囲む)	
備考	失効年月日：	令和○○年◆◆月△△

返納する許可証について記載してください。

新規に許可を取得した許可日を記載してください。

上記により、許可証を返納します。

令和○○ 年 △ 月 △ 日 提出する日をご記入ください。

東京都知事 ○○ ○○ 殿 届出時点での都知事名をご記入ください。

住所 東京都新宿区西新宿 X-Y-Z

氏名 ◆◆株式会社
代表取締役 健康 一

担当者： 東京 太郎
連絡先： 03-XXXX-XXXX
業者コード： 000000-001

注) 業務の種類別、許可番号及び年月日、名称、所在地は返納する許可証に記載してください。返納する許可証で使用していたコード(法人としてのコード(-000)ではありません。)