

様式第三（第四条、第二十一条、第二十八条、第百十四条の四、第百十四条の十一、第百十四条の三十五、第百二十三条、第百三十七条の四、第百三十七条の十一、第百八十三条関係）

許可証書換え交付申請書

業 務 の 種 別		高度管理医療機器等販売業・貸与業	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		第 号 平成〇〇年〇〇月〇〇日	
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は事務所	名 称	〇〇〇〇	
	所 在 地	東京都〇〇市〇〇 △-△-△	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	(変更した事項を記載します。)	(変更前の内容を記載します。)	(変更後の内容を記載します。)
変 更 年 月 日		平成〇〇年〇〇月〇〇日	
備 考		変更が生じた日付を記載します。	

上記により、許可証の書換え交付を申請します。

年 月 日

申請日を記載してください。

住 所 東京都〇〇市〇〇 △-△-△
〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕

氏 名 株式会社〇〇薬品
代表取締役 東京 太郎
〔法人にあつては、名称及び代表者の氏名〕

印

東 京 都 知 事

殿

東京都

保健所長

電話番号 ()

担当者名

連絡先・担当者氏名を記載してください

法人の登記された本店の所在地、名称及び代表者の氏名を記載します。

法人の場合は、登記された代表者の印鑑を押してください。