**様式第三**

　許可証書換え交付申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 業務等の種別 |  |
| 許可番号、認定番号、登録番号又は基準適合証番号及び年月日 |  |
| 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 |  |
| 所在地 |  |
| 変更内容 | 事　　　　　　　　　　項 | 変　　　　　更　　　　　前 | 変　　　　　更　　　　　後 |
|  |  |  |
| 変更年月日 |  |
| 備考 |  |

上記により、許可証の書換え交付を申請します。

　　年　　月　　日

法人にあつては、主

たる事務所の所在地

住　所

法人にあつては、名

称及び代表者の氏名

氏　名

大阪府知事　殿

〔連絡先〕　担当者名：

　　　　　　電話番号：

（注意）

１　用紙の大きさは、Ａ4とすること。

２　字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。

**＜高度管理医療機器等販売業・貸与業の許可証の書換え交付申請の例示＞**

許可証書換え交付申請書

許可証の記載内容を変更する事項を記載する｡

※書換交付申請を提出する場合は、変更届の提出は不要です｡ただし、営業管理者や薬事に関する業務に責任を有する役員等の変更を併せて行う場合は、別途変更届を提出してください｡

変更年月日を記載する。

高度管理医療機器等販売業･貸与業は許可証に記載されている許可番号：N99999

高度管理医療機器等販売業･貸与業は許可証に記載されている許可年月日（有効期間の開始日です）

「高度管理医療機器等販売業･貸与業」を記載する。

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | N○○○○○　　令和○○年○月○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 | 大阪医療機器株式会社　中央営業所 |
| 所在地 | 大阪府大阪市中央区大手前１－１－１　大手ビル3階301号 |
| 変更内容 | 事　　　　　　　項 | 変　更　前 | 変　更　後 |
| 販売会社の氏名・住所 | 大阪医療用具株式会社　大阪府大阪市中央区大手前１－１－１ | 大阪医療機器株式会社　大阪府大阪市北区青木町２－３－３ |
| 変更年月日 | 令和○○年○月○日 |
| 備考 |   |

　上記により、許可証の書換え交付を申請します。

　　令和○○年○月○日

住　所　　　大阪府大阪市北区青木町２－３－３

法人　→　登記上の氏名・住所を記載

個人　→　個人の氏名・住所を記載

　　　氏　名　　大阪医療機器株式会社

代表取締役　大阪　太郎

必ず、担当者の氏名・電話番号を記載する。

大阪府知事　殿

〔連絡先〕担当者名：大阪　桜子

　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号：〇〇－〇〇〇〇－○○○○