

＜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＞

(添付資料)
・ 許可証

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		N00000 令和00年0月0日	
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は事業所	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
変 更 年 月 日		令和00年0月0日	
備 考			

「高度管理医療機器等販売業・貸与業」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)

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。

上記により、許可証の書換え交付を申請します。
令和00年0月0日

住 所 (法人にあっては、主たる事業所の所在地) 大阪府大阪市北区青木町2-3-3

氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名) 大阪医療機器株式会社
代表取締役 大阪 太郎

大阪府知事 殿

[連絡先]担当者名:大阪 桜子
電話番号:00-0000-0000

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

必ず、担当者の氏名・電話番号を記載