

変 更 届 書

業 務 の 種 別	医療機器修理業	許可の有効期間の始期を記載 (許可の証明年月日ではない)	
許可番号、認定番号又は 登録番号及び年月日	〇〇××〇〇〇〇号 平成△△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	××株式会社 札幌支店	
	所在地	札幌市××区〇〇条〇〇丁目△-△ 〇〇ビル〇階	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	法人名称及び 店舗名称	〇〇株式会社 〇〇株式会社 札幌支店	××株式会社 ××株式会社 札幌支店
変更年月日		平成××年××月××日	
備 考			

上記により、変更の届出をします。

平成××年××月×△日

変更後30日以内に届出

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

東京都××区〇〇-△-△

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

××株式会社

代表取締役 〇〇 ×× 印

法人の場合は、
代表印を押印

捨印

捨印を押印

(あて先) 北海道知事

連絡先： 電話 〇〇〇-×××-×〇×〇 担当者 〇〇 ××

業者コード 〇〇〇×××-××××

業者コードを記載