

上部余白に所定の金額の北海道収入証紙を貼り、申請者の印鑑又は署名で消印

許可証書換え交付申請書

業務の種類別		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		××○○○○○ 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		変更後の名称を記載
	所在地	札幌市××区○○条○○丁目△-△ ○○ビル○○階		
変更内容	事項	変更前	変更後	
	法人名称及び店舗名称	○○株式会社 ○○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、許可証の書換え交付を申請します。

平成××年××月×△日

捨印を押印

捨印

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

東京都××区○○-△-△

氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

××株式会社

代表取締役 ○○ ××

印

変更後の名称を記載

法人の場合は、代表者印を押印

(あて先) 北海道知事

連絡先☎： 電話 ○○○-×××-×○×○ 担当者 ○○ ××

業者コード： ○○○×××-×××

業者コードを記載