

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 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



住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

東京都××区○○-△-△

変更後の名称を記載

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

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