

該当する許可の
種類を記載

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	
許可番号、認定番号又は 登録番号及び年月日		札幌医許可(機器)第 80000 号 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	××メディカル株式会社 札幌支店	
	所在地	札幌市**区××条△丁目□-□ ○○ビルⅠ階	
変更内容	事 項	変 更 前	変 更 後
	①法人名称	○○工業株式会社	××メディカル株式会社
	②店舗名称	○○工業株式会社札幌支店	××メディカル株式会社札幌支店
変更年月日		令和××年××月××日	
備 考			

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)

変更後の名称を記載

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(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)

××メディカル株式会社

代表取締役 ○藤 ×夫

(あて先) 札幌市保健所長

連絡先の電話番号と
御担当者名をご記入

連絡先： 電話 ○○○-×××-×○×○ 担当者 ○○ ××

手数料	受付印
2, 4 0 0 円	
領収印	