

記入はボールペン等で行うこと（鉛筆不可）。
様式第六

変更届書

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		第 11—〇〇 号 令和〇〇年〇〇月〇〇日	
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	□□コンタクトレンズ	
	所 在 地	浜松市〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	店舗の名称	△△コンタクトレンズ	□□コンタクトレンズ
変 更 年 月 日		令和〇〇年〇〇月〇〇日	
備 考			

現在の許可の有効期間
の開始日を記入する

変更後の名称を記入する

上記により、変更の届出をします。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

変更後 30 日以内に提出する
※変更前の提出は不可
※30 日過ぎてしまったら
遅延理由書が必要

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

浜松市〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

株式会社〇〇〇〇
代表取締役 〇〇〇〇

（あて先）浜松市保健所長
【添付書類】なし