

記入はボールペン等で行うこと（鉛筆不可）。

様式第三

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	
許可番号及び年月日		第 1 1 - 〇〇号 令和〇〇年〇〇月〇〇日	
薬局、製造 所、営業所 又は店舗	名 称	□□□コンタクトレンズ	
	所 在 地	浜松市中区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	〇〇〇コンタクト	□□□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

上記により、許可証の書換え交付を申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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

開設者の住所・
氏名を記入する

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】 許可証
【手 数 料】 ¥2,000