

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 1 1 - 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  |
|                                 | 構造設備の<br>主要部分 | 別紙のとおり                                    | 別紙のとおり |
| 変 更 年 月 日                       |               | 令和〇〇年〇〇月〇〇日                               |        |
| 備 考                             |               | (店舗が移転した場合は変更届ではなく、旧店舗の廃止及び新店舗の新規許可取得が必要) |        |

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】 1.変更前の図面 2.変更後の図面