

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 - 6 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	鴨江コンタクトレンズ	
	所在地	浜松市中区鴨江二丁目 11 番 2 号 〇〇ビル 303	
変更内容	事 項	変 更 前	変 更 後
	店舗の名称	鴨江コンタクト	鴨江コンタクトレンズ
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（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

浜松市中区鴨江二丁目 11 番 2 号

開設者の住所・
氏名を記入する

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社 鴨江商会
代表取締役 保健花子

（あて先）浜松市保健所長

【添付書類】 許可証

【手数料】 ¥2,000