

補装具事業者登録変更・廃止届

年 月 日

滝川市福祉事務所長 様

所在地
届出者 事業者名
代表者氏名



次のとおり登録内容の変更・廃止について届け出ます。

1 変 更

変更年月日	年 月 日				
変更があった 事項 (該当する項 目の番号を○ で囲んでくだ さい。)	1	事業所の名称			
	2	事業所の所在地・連絡先			
	3	事業所代表者の氏名			
	4	事業者の名称			
	5	事業者の所在地・連絡先			
	6	事業者代表者の氏名			
	7	取扱種目			
	8	義肢装具士の追加（追加事業所名・追加人数）			
	9	医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律上の届出・許可の追加（補聴器）	年 月 日	販売業	届出済証交付
			年 月 日	販売業	許可証交付
年 月 日			修理業	許可証交付	
10	その他（ ）				
変更の内容	旧				
	新				

2 廃 止

廃止する 事業所名	
廃止年月日	年 月 日
廃止事由	

※変更事項の該当項目によって必要となる書類（義肢装具士免許の写しなど）を添付してください。