

# 動物用管理医療機器販売・貸与業届出関係事項変更届出書

平成 年 月 日

秋田県知事 佐竹敬久 殿

住所

氏名



(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

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第40条第2項において準用する同法第10条第1項の規定により動物用管理医療機器販売・貸与業届出関係事項の変更を下記のとおり届け出ます。

## 記

- 1 営業所の名称及び所在地  
名称：  
所在地：
- 2 変更した事項

変更事項：	
新：	
旧：	

- 3 変更年月日 平成 年 月 日
- 4 変更理由
- 5 参考事項

<届出上の留意点>

## **動物用管理医療機器の販売等に係る届出関係事項の変更届出について**

変更の届出対象となる事項は次のとおりですので、**動物用管理医療機器販売・貸与業届出関係事項変更届出書**に記載し、変更後30日以内に、住所地を所管する家畜保健衛生所へ、提出してください。

御不明な点については、当該営業所の住所地を所管する家畜保健衛生所の担当者へ、気兼ねなく御相談ください。

### **1 届出者の氏名又は住所〔届出者が個人の場合に限る〕**

変更を確認できる、次の書類等の原本又は写しの添付に御協力くださるようお願いいたします。(なお、当該書類の提出を義務付けるものではありません。)

- a. 戸籍謄本
- b. 戸籍抄本
- c. 戸籍記載事項証明書
- d. 住居表示に関する法律第7条の特例に係る市町村の住居表示変更に係る証明書

### **2 届出者の名称又は住所〔届出者が法人等の場合に限る〕**

変更を確認できる、次の書類等の原本又は写しの添付に御協力くださるようお願いいたします。(なお、当該書類の提出を義務付けるものではありません。)

- a. 登記事項証明書(履歴事項全部証明書)
- b. 住居表示に関する法律第7条の特例に係る市町村の住居表示変更に係る証明書

### **3 営業所の名称**

添付書類の提出は必要ありません。

### **4 営業所の管理医療機器営業所管理者の氏名又は住所**

変更を確認できる、次の書類等の原本又は写しの添付に御協力くださるようお願いいたします。(なお、当該書類の提出を義務付けるものではありません。)

- a. 戸籍謄本
- b. 戸籍抄本
- c. 戸籍記載事項証明書

### **5 営業所の管理医療機器営業所管理者の変更**

[届出者以外の者がその営業所の管理者である場合に限る。]

<必要な添付書類>

- ① 管理医療機器営業所管理者の資格を証する書類の写し
- ② 販売業者等とその者の関係を証する書面……次のいずれかの書類
  - a. 雇用契約書(例):別紙様式例-1
  - b. 使用関係証明書(例):別紙様式例-2

### **6 営業所の構造設備の主要部分**

<必要な添付書類>

- a. 変更箇所を説明できる図面……図面(例):別紙様式例-3

### **7 営業所において他の業務を併せて行うときは、その業務の種類**

添付書類の提出は必要ありません。

### **※ 添付書類の省略**

法の規定による許可等の申請又は届出の際に、県の機関へ提出している場合に限り、省略できる場合がございます(お問い合わせください)。

ただし、省略しようとする場合には、必ず、申請書の「**5 参考事項**」の欄に、「提出先の県機関名」、「別途提出されている当該申請書又は届出書の年月日及び種類」に、「省略する添付書類の名称」を「添付し提出した旨」を記載してください。

なお、添付書類を省略できる場合であっても、出来る限り、添付を省略した書類の写しを添付くださるようお願いします。

※ 届出書を正式に提出する前に、申請書（案）をFAX等によりご送付頂ければ、内容の事前確認と記載事項の修正すべき点について、ご連絡をいたします。

#### < お問い合わせ・申請書類提出先 >

- ① **秋田県北部家畜保健衛生所** 動物薬事担当  
〒018-3454 北秋田市脇神字高村岱92  
Tel 0186-62-2715 Fax 0186-62-0146
- ② **秋田県中央家畜保健衛生所** 動物薬事担当  
〒011-0904 秋田市寺内蛭根1丁目15-5  
Tel 018-864-0401 Fax 018-862-7132
- ③ **秋田県南部家畜保健衛生所** 動物薬事担当  
〒014-0011 大仙市富士見町6-55  
Tel 0187-62-5354 Fax 0187-66-1849

## 雇 用 契 約 書

1. 勤務時間 午前 時 から 午前 時 まで
2. 休 日 土曜、日曜、祝祭日、その他会社で定める日
3. 給 料 月額 円
4. 他の場所において薬事に関する業務に従事しないこと。

上記のとおり契約する。

年 月 日

甲 雇用者

住所：

氏名：

印

乙 営業管理者

住所：

氏名：

印

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

甲 住所：

氏名：

印

乙 住所：

氏名：

印

秋田県知事 佐竹敬久 あて

## 使用関係証明書

平成 年 月 日

使用者

住所

氏名

印

被使用者

住所

氏名

印

私どもは、下記の条件のもとに使用関係にあることを証します。

### 記

- 1 勤務場所の所在地及び名称
- 2 勤務内容
- 3 営業日及び勤務日
- 4 営業時間及び勤務時間
- 5 その他の勤務条件

## 営業所の構造設備の概要

名称		電話	
所在地			
(付近の見取り図)			
(営業所の平面図)			
当該営業所以外の保管設備の有無と箇所数	有・無	_____箇所	
当該営業所以外の保管設備の名称、所在地及び平面図：別添のとおり			

(別紙)

当該営業所以外の保管設備

名称		電話	
所在地			
(付近の見取り図)			
(平面図)			

