

動物用高度管理医療機器等販売・貸与業許可証書換え交付申請書

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施行令第45条の規定により動物用高度管理医療機器等販売・貸与業許可証の書換え交付を受けたいので、下記により申請します。

記

1 営業所の名称及び所在地

名称 :

所在地 :

2 許可年月日及び許可番号

許可年月日 : 平成 年 月 日

許可番号 :

3 書換え事項

| | |
|------|--|
| 事項 : | |
| 新 : | |
| 旧 : | |

4 参考事項

<申請上の留意点>

動物用高度管理医療機器等販売・貸与業許可証の書換え交付申請について

ご不明な点については、当該営業所の所在地を所管する家畜保健衛生所の担当者へ、気兼ねなくご相談ください。

許可証に記載された事項を書換えしたい場合

次の書類を提出くださるようお願いいたします。

1 動物用高度管理医療機器等販売・貸与業許可証書換え交付申請書

1) 申請書等の記載上の留意点

- ① 申請書に記載する許可年月日は、動物用高度管理医療機器等販売・貸与業許可証に記載されている許可の有効期間の開始年月日を記載してください。
- ② 書換事項の欄には、変更のあった部分について、新旧を対照し記載してください。なお、別紙に、新旧を対照し記載しても差し支えありません。

2 動物用高度管理医療機器等販売・貸与業許可証書換え交付申請書への添付書類

1) 動物用高度管理医療機器等販売・貸与業許可証

2) 次のいずれかの書類

- ① **動物用高度管理医療機器等販売・貸与業許可証書の書換え交付申請手数料**
(1件 2,000円)

住居表示に関する法律第7条の特例に該当しない場合には、秋田県証紙2,000円分を証紙納付書に貼付し、提出してください。

- ② **住居表示に関する法律第7条の特例により市町村が交付する住居表示変更証明書**

住居表示に関する法律第7条の特例に該当する場合には、市町村が交付する住居表示変更に係る証明書を準備し、3の動物用医薬品販売業許可関係事項変更届出書に添付してください。なお、手数料は必要ありません。

3 動物用高度管理医療機器等販売・貸与業許可関係事項変更届出書

変更届出書に係る添付書類については、別途、お問い合わせください。

その他

- 1) 書換えにあたっては、書類審査等を行うため、1週間程度の期間が必要となります。十分な余裕をもって、申請してください。

- 2) 申請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。

3) 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

動物用高度管理医療機器等販売・貸与業許可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1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高度管理医療機器等販売・貸与業許可関係事項の変更を下記のとおり届け出ます。

記

許可年月日及び許可番号

許可年月日：平成 年 月 日

許可番号：

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

(取り扱う高度管理医療機器等の品目変更の場合)

動物用高度管理医療機器等販売・貸与業許可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1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高度管理医療機器等販売・貸与業許可関係事項の変更を下記のとおり届け出ます。

記

許可年月日及び許可番号

許可年月日：平成 年 月 日

許可番号：

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： 取り扱う高度管理医療機器等の品目

| | 品名 | 一般的名称 | 製造販売業者の氏名又は名称 |
|---|----|-------|---------------|
| 新 | | | |
| | | | |
| | | | |
| 旧 | | | |
| | | | |
| | | | |

3 変更年月日

平成 年 月 日

4 変更理由

5 参考事項