

以下の事項に変更が生じた際、30日以内の届出が必要となります。

	変更内容	文書名
届出書		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
添付書類	届出者の氏名若しくは名称又は住所	添付書類なし。
	営業所の名称	添付書類なし。届出書に記載。
	営業所の構造設備の主要部分	変更箇所を説明する図面
	営業所管理者の変更	変更後の管理者の資格を証する書類 申請者との雇用関係を証する書類
	営業所管理者の氏名(婚姻等)又は住所	戸籍謄本、戸籍抄本又は戸籍記載事項証明書 住所変更は添付書類不要
	営業所において動物用高度管理医療機器販売・貸与業以外の業務を併せおこなう場合にあっては、当該業務の種類	添付書類なし。届出書に記載。

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

現在の知事名を記入ください。

書類を持参する日(郵送の場合は  
投函する日付)を記入ください。

平成29年4月1日

千葉県知事 鈴木 栄治 様

法人による申請の場合は、登記時に登録した代表者印を  
捺印ください。  
個人による申請の場合は、自筆であれば印鑑は不要です。  
自筆でなければ個人印を捺印ください。

法人にあつては、代表者名も記入ください。  
「代表取締役」「代表取締役社長」など、書類  
ごとに違う肩書が記載されている場合がございますので、注意してください。

住所 千葉県千葉市中央区市場町

氏名 (法人にあつては名称及び代表者の氏名)

株式会社ドーヤク  
代表取締役 千葉 太郎

印

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 株式会社ドーヤク 千葉中央営業所  
所在地 千葉市花見川区三角町〇〇

変更事項に応じた添付  
書類が必要です。  
(1、3～5ページ参照)

2 変更した事項

- ①営業所名称:株式会社ドーヤク 千葉営業所 (新)株式会社ドーヤク 千葉中央営業所
- ②営業所管理者: (旧)管理 一郎 (新)管理 次郎
- ③営業所レイアウト: 別紙のとおり

3 変更年月日 ①、③: 平成〇〇年 △月 ××日  
②: 平成〇〇年 △月 〇日

変更事項が複数ある場合は、  
それぞれの変更年月日を記入く  
ださい。

4 変更理由

店舗リニューアル(①、③)および人事異動(②)のため

5 参考事項

担当者氏名 丹藤 作朗  
連絡先 TEL (043) - 252 - 〇〇 × ×

変更届等手続きを行う担当者  
を記入ください。

※登記事項証明書は、平成〇〇年×月△日付けで千葉県〇〇家畜保健衛生所に  
「動物用〇〇〇業許可関係事項変更届出書」(ドーヤクショップ △△店)とともに提出したため、省略する。

別途提出した書類を省略する場合は、  
その旨を記入ください。

営業所舗管理者の変更を届け出る際の添付書類

# 雇 用 証 書

私どもは下記事項を条件として雇用関係にあることを証します。

平成 29 年 3 月 〇 日

法人にあっては、登記時に登録した代表者印を捺印ください。  
個人にあっては個人印を捺印ください。

雇用者 住 所 千葉県千葉市中央区市場町1-1

株式会社ドーヤク  
氏 名 代表取締役 千葉 太郎

印

※ 雇用主が法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称、代表者名を記載

被雇用者 住 所 千葉県船橋市〇〇

氏 名 管理 次郎

個人印を捺印ください。  
(代表者が管理者の場合も)

印

記

兼務する業務がある場合、全てに  
チェックを入れてください。

1 業務内容 ※該当するものにチェック

管理薬剤師

実務従事薬剤師

管理登録販売者

実務従事登録販売者

高度管理医療機器営業管理者

管理医療機器営業管理者

2 勤務場所

所在地 株式会社ドーヤク 千葉中央営業所

名 称 千葉市花見川区三角町〇〇

3 勤務時間 10時00分 から 17時00分

4 休 日 土曜日、日曜日

本書に併せ、資格（4ページ参照）を証する書類の写しが必要です。

5 備 考

資格を証する書類について、原本確認のご協力をお願いしております。法人にあって原本持ち込みが難しい場合は、書類の写しに原本と相違ない旨を代表者名で明記することで代えることとします。

## 参考:営業管理者の資格要件

動物用医薬品 等取締規則第 119条第1項	医療機器の販売又は貸与に関する業務に3年以上従事した者	
動物用医薬品 等取締規則第 119条第2項の 規定により 農林水産大臣 が認めたもの 平成17年3月	医師・歯科医師・獣医師又は薬剤師の資格を有する者	
	第1種医療機器製造販売業の総括製造販売責任者の資格を有する者(管理医療機器等販売貸与業の営業管理者の場合は、第2種医療機器製造販売業の総括製造販売責任者の資格だが右記載要件と同様)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・大学等で物理学、化学、生物学、工学、情報学、金属学、電気学、機械学、薬学、医学又は歯学に関する専門過程終了者</li> <li>・旧制中学若しくは高校又はこれと同等以上の学校で物理学、化学、生物学、工学、情報学、金属学、電気学、機械学、薬学、医学又は歯学に関する専門過程終了後、医薬品又は医療機器の品質管理又は製造販売後安全管理に関する業務に3年以上従事した者</li> <li>・医薬品又は医療機器の品質管理又は製造販売後安全管理に関する業務に5年以上従事した後、厚生労働大臣の登録を受けた者が行う講習を修了した者</li> </ul>
	医療機器製造業の責任技術者の資格を有する者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・大学等で物理学、化学、生物学、工学、情報学、金属学、電気学、機械学、薬学、医学又は歯学に関する専門課程修了者</li> <li>・旧制中学若しくは高校又はこれと同等以上の学校で物理学、化学、生物学、工学、情報学、金属学、電気学、機械学、薬学、医学又は歯学の専門課程修了後、医療機器の製造に関する業務に3年以上従事した者</li> <li>・医療機器の製造に関する業務に5年以上従事した後、厚生労働大臣の登録を受けた者が行う講習を修了した者</li> </ul>
	医療機器修理業の責任技術者の資格を有する者	・医療機器の修理に関する業務に3年以上従事した後、厚生労働大臣の登録を受けた者が行う基礎講習を修了した者
	人用の高度管理医療機器等の販売貸与業の営業管理者の資格を有する者(管理医療機器等販売貸与業の営業管理者の場合は、人用の管理医療機器の販売貸与業の営業管理者の資格だが右記載要件と同様)	・高度管理医療機器等の販売等に関する業務(指定視力補正用レンズのみの販売等を行う業務を除く。)に3年以上従事した後、厚生労働大臣の登録を受けた者が行う基礎講習を修了した者

店舗（営業所）の名称	株式会社ドーヤク 千葉営業所
店舗（営業所）の所在地	〒 262 - 0011 千葉県花見川区三角町〇〇 電 話 ( 043 ) 250 - 〇〇 × × FAX ( 043 ) 286 - × × △ △
店舗（営業所）の構造	鉄骨造 2 階建の 1 階部分 の ( 一部 ・ 全部 )

※平面図は別添でも構いません

別添のとおり

詳細な営業所平面図がある場合、このように記入して平面図を添付ください。  
平面図には、動物用管理医療機器を保管する場所を明記ください。  
(人体用管理医療機器も扱っていて、同一の保管棚などに保管する場合、混同しないよう場所を区別してください。)

該当するものを選択ください。

記入上の注意

- 1 店舗（営業所）の幅、奥行きを明記（方形でない場合は各辺の長さを明記）すること。
- 2 主要な出入口を明記すること。
- 3 かぎのかかる保管庫、冷暗貯蔵設備の有無を下記に記入し、ある場合はその位置を明記すること。  
保管庫（ 有 ・ 無 ），冷暗貯蔵設備（ 有 ・ 無 ）
- 4 動物用医薬品の陳列場所を明記すること。
- 5 指定医薬品の陳列場所を明記すること。