動物用高度管理医療機器等販売・貸与業の許可関係変更事項変更届出の手続きについて

・次の書類を準備し、福井県家畜保健衛生所に届け出てください。

・届出が必要な変更事項（必要書類）は次のとおりです。

1. 販売・貸与業者の氏名もしくは名称又は住所の変更

氏名又は名称・・・（登記事項証明書）

２．営業所の名称の変更

３．営業所の高度管理医療機器等営業管理者の氏名及び住所の変更

管理者の氏名･･･（管理者の戸籍謄本、戸籍抄本又は戸籍記載事項証明書）

管理者の変更･･･（資格を証する書類の写し、雇用契約書等）

４．営業所の構造設備の主要部分

（変更箇所を説明する図面）

５．法人であるときは、責任役員

（役員組織図、登記事項証明書）

６．営業所における兼営業の種類

**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**

〒918‐8226　福井市大畑町69‐10‐1

福井県家畜保健衛生所　動物薬事担当

TEL 0776‐54‐5104　FAX 0776‐54‐5966

　　年 　月 　日

　福井県知事　　様

　　　　　 住所

 　氏名

（法人にあっては、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

　　　　　　　　　　年　　　月　　　日許可　　　第　　　　　　　　号

　１　営業所の名称及び所在地

　２　変更した事項

　３　変更年月日

　４　変更理由

　５　参考事項

備　考

薬事に関する業務に責任を有する役員の変更の場合は、記の５に変更後の役員が法第５条第３号イからトまでに該当することの有無について、該当しない場合は「該当しない」と記載し、該当する場合には、該当する事案の概要を記載すること。