**動物用管理医療機器販売・貸与業に関する届出事項の変更届について**

　届出が必要な変更事項は下記のとおりですので、必要書類を整理の上、福井県家畜保健衛生所に届け出てください。

記

１．届出者の氏名又は名称及び住所

２．営業所の名称

３．構造設備の主要部分　：　変更箇所を説明する図面

４．管理医療機器営業所管理者の氏名又は住所

管理者の氏名　：　管理者の戸籍謄本、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

５．営業所において他の業務をあわせて行うときはその業務の種類

**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**

〒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：

　住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡

２　変更した事項

３　変更年月日

４　変更理由

５　参考事項