

A. 【事前届出】 変更する際あらかじめ届出が必要なもの ⇒2ページ(事前届)へ

	変更内容	文書名
届出書		動物用医薬品販売業許可関係事項変更届出書
添付書類	1)店舗の名称	添付書類なし。届出書に記載。
	2)相談に応ずる電話番号その他の連絡先	添付書類なし。届出書に記載。
	3)特定販売の実施の有無	特定販売を開始する場合は特定販売を行う際に使用する通信手段を記載した書類等
	4)特定販売を行っている場合にあって次のア～エまでに掲げる事項 ア 特定販売に使用する通信手段 イ 特定販売を行おうとする医薬品の区分 ウ 特定販売を行おうとする医薬品に係る広告に記載する店舗の名称 エ インターネットを利用する場合の主たるHPアドレス	変更部分の詳細を記載した書類 (※特定販売とは、その店舗以外の場所にいる者に対する動物用医薬品の販売のことです。)

B. 【事後届出】 変更後30日以内の届出が必要なもの ⇒3ページ(事後届)へ

	変更内容	文書名
届出書		動物用医薬品販売業許可関係事項変更届出書
添付書類	1)店舗販売業者の氏名、名称または住所	<個人の場合> (婚姻等) 戸籍謄本、戸籍抄本または戸籍記載事項証明書 <法人の場合> 登記事項証明書
	2)店舗の構造設備の主要部分	変更箇所を説明する図面
	3) 店舗販売業者が法人であるときは、代表者および動物用医薬品の業務を行う役員	登記事項証明書、誓約書、 診断書(または疎明書)、業務分掌表(または組織図)
	4) 取り扱う医薬品の区分	添付書類なし。届出書に記載。
	5) 店舗において店舗販売業以外の医薬品の販売業その他の業務を併せ行う場合の、当該業務の種類	添付書類なし。届出書に記載。
	6)店舗管理者の氏名(婚姻等)または住所	戸籍謄本、戸籍抄本または戸籍記載事項証明書 住所変更は添付書類不要
	7)店舗管理者の変更	登録証または免許証の写し、申請者との雇用関係を証する書類、(登録販売者の場合、実務・業務従事証明書が必要な場合あり)
	8) 店舗管理者以外に店舗において薬事に関する実務に従事する薬剤師または登録販売者の変更	免許証または登録証の写し、申請者との雇用関係を証する書類
	9) 店舗管理者以外に店舗において薬事に関する実務に従事する薬剤師または登録販売者の氏名(婚姻等)	戸籍謄本、戸籍抄本または戸籍記載事項証明書

動物用医薬品店舗販売業許可関係事項変更届出書

現在の知事名を記入ください。

千葉県知事 **鈴木 栄治** 様

書類を持参する日（郵送の場合は
は投函する日付）を記入ください。

平成 **29** 年 **4** 月 **1** 日

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。

法人の場合は、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ありますので、注意してください。

住所 **千葉県千葉市中央区市場町1-1**

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

個人の場合は、氏名を記入ください。（店舗名等は不要）

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38条第1項において準用する同法第10条第2項の規定により、動物用医薬品店舗販売業許可関係事項の変更を下記のとおり届け出ます。

許可証に記載されている有効期間の開始日を記入ください。

現在の許可証に記載されている許可番号を記入ください。
(前回の更新の後に書換えした場合は書換え後の番号となることに注意ください。)

記

許可年月日及び許可番号 平成**〇〇**年 **×**月 **△△**日 **〇〇店××**

- 1 店舗の名称及び所在地
名称 **ドーヤクショップ chiba店**
所在地 **千葉市花見川区三角町〇〇**

2 変更しようとする事項

店舗名称: (旧)ドーヤクショップ 千葉店 (新)ドーヤクショップ chiba店
相談に応ずる電話番号: (旧) (043) - 250 - 〇〇×× (新) (043) - 250 - △△××

- 3 変更年月日
① 平成**〇〇**年 **△**月 **××**日
② 平成**〇〇**年 **△**月 **×〇**日

変更の予定日を記入します。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
店舗リニューアルおよび回線の変更のため

- 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。

※店舗名称など許可証に記載されている事項に変更が生じた際は、変更届の提出に併せ許可証の書換えをお願いしております。⇒「動物用医薬品販売業 許可証 書換え交付申請」

動物用医薬品店舗販売業許可関係事項変更届出書

現在の知事名を記入ください。

千葉県知事 **鈴木 栄治** 様

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

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。

住所 **千葉県千葉市中央区市場町1**

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

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。

個人の場合は、氏名を記入ください。(店舗名等は不要)

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38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医薬品店舗販売業許可関係事項の
変更を下記のとおり届け出ます。

許可証に記載されている有効期間
の開始日を記入ください。

現在の許可証に記載されている許可番号を記入く
ださい。(前回の更新の後に書換えした場合は書換
え後の番号となることに注意ください。)

許可年月日及び許可番号 平成 **〇〇** 年 **×** 月 **△△** 日 **〇〇店 × ×**

1 店舗の名称及び所在地
名称 **ドーヤクショップ 千葉店**
所在地 **千葉市花見川区三角町〇〇**

変更箇所がわかるように記載。
平面図には、動物用医薬品を
陳列する場所を明記ください。

2 変更した事項

- ①代表者氏名: (旧)千葉 太郎 (新)千葉 次郎
②業務役員: (旧)千葉 太郎、東葛 三郎 (新)千葉 次郎、東葛 三郎
③店舗構造の主要部分: 別紙「店舗平面図」のとおり
④店舗管理者: (旧)管理 一郎 (新)管理 次郎

変更事項に応じた添付
書類が必要です。
(1、4~10ページ参照)

3 変更年月日 平成 **〇〇** 年 **×** 月 **△** 日 …①、②、④について
平成 **〇〇** 年 **×** 月 **〇×** 日 …③について

4 変更理由 **人事異動(①、②、④)および店舗リニューアル(③)のため**

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。

5 参考事項

担当者氏名 **丹藤 作郎**
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。

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。

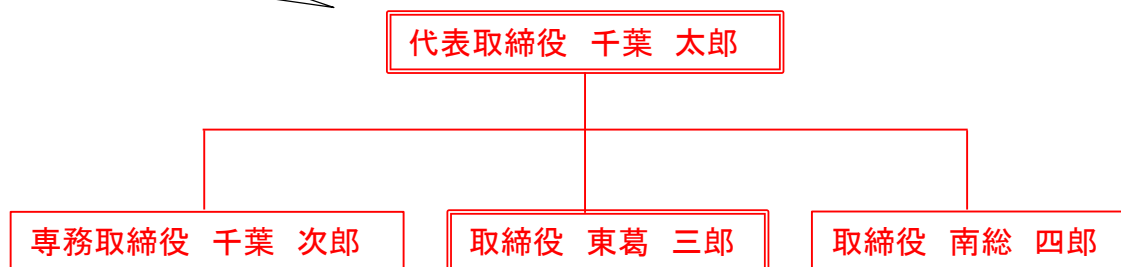
※登記事項証明書は、平成〇〇年×月△日付けで千葉県〇〇家畜保健衛生所に
「動物用〇〇〇業許可関係事項変更届出書」(ドーヤクショップ △△店)とともに提出したため、省略する。

※登記事項証明書の取得に時間がかかる場合はご相談ください。

※店舗販売業者の氏名など許可証に記載されている事項に変更が生じた際は、変更届の提出に併せ
許可証の書換えをお願いしております。⇒「動物用医薬品販売業 許可証 書換え交付申請」

法人において、代表者または動物用医薬品業務を行う役員の変更を届け出る際の添付書類

組織図を添付する場合



の者が、動物用医薬品の業務を行う役員であることを証する。

平成 29 年 3 月 〇 日 住所 千葉県千葉市中央区市場町1-1
 氏名 株式会社ドーヤク
 代表取締役 千葉 太郎



業務分掌表を添付する場合

業務分掌表

	役職	氏名
○	代表取締役	千葉 太郎
	専務取締役	千葉 次郎
○	取締役	東葛 三郎
	取締役	南総 四郎

登記時に登録した代表者印を捺印下さい。

上記のうち、○がついた者が動物用医薬品の業務を行う役員であることを証する。

平成 29 年 3 月 〇 日 住所 千葉県千葉市中央区市場町1-1
 氏名 株式会社ドーヤク
 代表取締役 千葉 太郎



上記のような組織図、または業務分掌表に加え、登記事項証明書が必要です。法務局への申請から交付まで多少時間がかかりますので、早めの手配をお願いします。

法人で代表者または動物用医薬品の業務を行う
役員を変更した場合に必要な添付書類。新たに
入った人員の全員について必要。

誓 約 書

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 3月 〇日

千葉県知事 **鈴木 栄治** 様

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。

現在の知事名を記入ください。

住 所 **千葉県千葉市中央区市場町1-**

氏 名（法人にあっては名称及び代表者の氏名） **印**

株式会社ドーヤク
代表取締役 千葉 太郎

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（以下
「医薬品医療機器等法」という。）第5条第3号に該当することの有無に関し、
下記のとおり相違ないことを誓約します。

記

- 住所及び氏名
住所 **千葉県市川市〇〇**
氏名 **東葛 三郎**
- 医薬品医療機器等法第5条第3号イに該当の有無 **該当しない**
- 医薬品医療機器等法第5条第3号ロに該当の有無 **該当しない**
- 医薬品医療機器等法第5条第3号ハに該当の有無 **該当しない**
- 医薬品医療機器等法第5条第3号ニに該当の有無 **該当しない**
- 医薬品医療機器等法第5条第3号ホ中成年被後見人に該当の有無 **該当しない**
- 医薬品医療機器等法第5条第3号ヘに該当の有無 **該当しない**

参考

イ 第七十五条第一項の規定により許可を取り消され、取消しの日から三年を経過していない者
ロ 第七十五条の二第一項の規定により登録を取り消され、取消しの日から三年を経過していない者
ハ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた後、三年を経過していない者
ニ イからハマまでに該当する者を除くほか、この法律、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法（昭和二十五年法律第三百三号）その他薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反し、その違反行為があつた日から二年を経過していない者
ホ 成年被後見人又は麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒者
へ 心身の障害により薬局開設者の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるもの

法人で代表者または動物用医薬品の業務を行う
役員を変更した場合に必要な添付書類。新たに入
った人員の全員について必要。

診 断 書

氏 名 千葉県市川市〇〇

性別 男

住 所 東葛 三郎

生年月日 昭和〇〇年 ×月 △日

年齢 ××

上記の者について、下記のとおり診断します。

1 精神機能の障害 : なし・あり

ありの場合、具体的な状況 :

※詳細については別紙も可

2 麻薬・大麻・あへん・覚せい剤の中毒 : なし・あり

概ね3ヵ月位内のものを用意ください。

診断年月日 平成29年 3月 〇日

病院・診療所名 ××医院

所在地 松戸市〇×

医師 医師 一郎

印

申請者が法人であるときは、医師の診断書（6ページ参照）に代えて、疎明書の提出とすることができます。診断書と同様、新たに入った全員について必要です。

疎明書

千葉県知事 **鈴木 栄治** 様

現在の知事名を記入ください。

私は、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5条第3号ホに規定する麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒者でないこと及び同号へに規定する精神機能の障害により、欠格事由に該当する者ではないことを疎明いたします。

概ね3ヵ月位内のものを用意ください。

平成 **29** 年 **3** 月 **○** 日

住 所 **千葉県市川市○○**

氏 名 **東葛 三郎**

個人印を捺印ください。

印

生年月日 **昭和○○** 年 **×** 月 **△** 日

店舗管理者、店舗管理者以外に店舗において
薬事に関する実務に従事する薬剤師または登録
販売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 中央区市場町1-1
氏名 株式会社ドーヤク
代表取締役 千葉 太郎



※ 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××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)



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
- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 管理薬剤師 | <input type="checkbox"/> 実務従事薬剤師 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 管理登録販売者 | <input type="checkbox"/> 実務従事登録販売者 |
| <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器営業管理者 | <input type="checkbox"/> 管理医療機器営業管理者 |

2 勤務場所

本書に併せ、資格を証する書類
(薬剤師免許証または登録販売者の
登録証)の写しが必要です。

所在地 ドーヤクショップ chiba店
名称 千葉市花見川区三角町〇

資格を証する書類について、原本確認のご協力をお願ひしております。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。

3 勤務時間 10時00分 から 17時00分

4 休日 土曜日、日曜日

※管理者が登録販売者の場合、実務または業務
従事証明書(9~10ページ参照)が必要になる
場合がありますので、事前にご相談ください。

5 備考

※薬剤師・登録販売者が派遣の場合は事前
にご相談ください。

管理者が登録販売者の場合、必要に応じて提出する書類

試験に合格した年度により、過去5年間で24ヵ月以上の実務または業務に従事した証明が必要となる場合があります。

実務従事証明書

平成29年 3月 〇日

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。

千葉県知事 殿

医薬品の販売業者名 **株式会社テンポ**

代表者氏名 **代表取締役 南部 四郎**

(許可番号：**28南店〇〇〇**)

管理者氏名 **南部 五郎**

印

印

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。

下記の者の実務は、以下のとおりであることを証明します。

氏名	管理 次郎 (生年月日： 昭和××年 〇月 〇日)
住所	〒 260-×××× 千葉県××市〇〇
店舗、配置又は卸売販売業の名称	株式会社テンポ 〇〇店
店舗の所在地、配置販売業の区域又は営業所の所在地	千葉県鴨川市××

1 実務期間：平成**26**年 **4**月 ～ 平成**28**年 **4**月 (**2**年 **0**月間)

2 実務内容

(期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導下で行われた実務に該当する□にレを記入)

- 主に動物用医薬品の販売等の直接の実務
- 動物用医薬品の販売時の情報提供実務又はその内容を知ることができる実務 (卸売販売業を除く。)
- 動物用医薬品に関する相談対応実務又はその内容を知ることができる実務 (卸売販売業を除く。)
- 動物用医薬品の販売制度の内容等の説明実務又はその内容を知ることができる実務
- 動物用医薬品の管理や貯蔵に関する実務
- 動物用医薬品の陳列や広告に関する実務

3 実務時間 (該当する場合、□にレを記入)

- 上記1の期間の全ての月にわたり、上記2の実務に1か月に合計80時間以上従事した。

(日本工業規格A4)

備考 この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付すること

上記内容を証明する書類の写しを添付します。

管理者が登録販売者の場合、必要に応じて提出する書類

試験に合格した年度により、過去5年間で24ヵ月以上の実務または業務に従事した証明が必要となる場合があります。

千葉県知事 殿

業務従事証明書

平成29年 3月 〇日

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。

医薬品の販売業者名 **株式会社テンポ**

代表者氏名 **代表取締役 南部 四郎**

(許可番号：**28南店〇〇〇**)

管理者氏名 **南部 五郎**

印

印

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。

下記の者の業務は、以下のとおりであることを証明します。

氏名	管理 次郎 (生年月日： 昭和××年 〇月 〇日)
住所	〒 260-×××× 千葉県××市〇〇
店舗、配置又は卸売販売業の名称	株式会社テンポ 〇〇店
店舗の所在地、配置販売業の区域又は営業所の所在地	千葉県鴨川市××

1 業務期間：平成**26**年 **4**月 ～ 平成**28**年 **4**月 (**2**年 **0**月間)

2 業務内容

(期間内に登録販売者として行われた業務に該当する□にレを記入)

- 主に動物用医薬品の販売等の直接の業務
- 動物用医薬品の販売時の情報提供業務 (卸売販売業を除く。)
- 動物用医薬品に関する相談対応業務 (卸売販売業を除く。)
- 動物用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
- 動物用医薬品の管理や貯蔵に関する業務
- 動物用医薬品の陳列や広告に関する業務

3 業務時間 (該当する場合、□にレを記入)

- 上記1の期間の全ての月にわたり、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事した。

(日本工業規格A4)

備考 この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付すること

上記内容を証明する書類の写しを添付します。