

## 動物用管理医療機器販売・貸与業届出書

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1-1**

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。

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39条の3第1  
項の規定により動物用管理医療機器等販売・貸与業を  
記

個人の場合は、氏名を記入ください。  
(店舗名等は不要)

### 1 営業所の名称及び所在地

名称 **株式会社ドーヤク 千葉営業所**  
所在地 **千葉市花見川区三角町〇〇**

### 2 営業所の構造設備の概要

別紙のとおり

2ページハ

添付書類として、雇用証書および資格  
を証する書類の写しが必要です。  
(3,4ページ参照)

### 3 管理医療機器営業管理者の氏名及び住所

**管理 一郎**  
**千葉県船橋市〇〇**

当該営業所において、他に医薬品  
医療機器等法に基づく許可を受け  
ている場合は記入ください。

### 4 営業所における兼営事業の種類

**(人体用)高度管理医療機器等販売・貸与業**

### 5 参考事項

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

許可申請等手続きを行う  
担当者を記入ください。

※営業管理者の資格を証する書類の写しは、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申請書」(ドーヤクショップ △△店)とともに提出したため、省略する。

別途提出したことから  
書類を省略する場合は、  
その旨を記入ください。

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。

# 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

雇用者 住所 千葉県千葉市中央区  
氏名 株式会社ドーヤク  
代表取締役 千葉 太郎

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



※ 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 一郎

個人印を捺印ください。  
(代表者が管理者の場合も)



## 記

1 業務内容 ※該当するものにチェック

管理薬剤師

管理登録販売者

高度管理医療機器営業管理者

実務従事薬剤師

実務従事登録販売者

管理医療機器営業管理者

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。

2 勤務場所

所在地 株式会社ドーヤク 千葉営業所

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

5 備考

1ページに記入した営業管理者について、この雇用証書および資格(4ページ参照)を証する書類の写しが必要です。

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。法人にあつ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