

変更届書

許可証を参照し、販売業なのか、販売業・貸与業なのかを確認してください。

業 務 の 種 別	高度管理医療機器等販売業・貸与業		
変更後の管理者の資格について、資格に対応する条項を下表より選んで記載します。	第162条第1項第1号	高度管理医療機器営業所管理者講習	第162条第1項第2号
	第162条第1項第2号	医師、歯科医師、薬剤師、医療機器製造販売業の総括製造販売責任者の要件を満たす者(大学等専門課程修了者を含む)、医療機器製造業又は修理業の責任技術者の要件を満たす者(大学等専門課程修了者を含む)、みなし合格登録販売者、販売管理責任者講習を修了した者	第162条第2項第1号
	第162条第2項第1号	指定視力補正用レンズ営業所管理者講習	第162条第3項第1号
	第162条第3項第1号	プログラム高度管理医療機器営業所管理者講習	
内 容	管理者の氏名及び住所	大賀 蓮 中央区弁天 3丁目1-1	ハシヒロコウ 若葉区源町 280番地 第162条 第1項第1号
更	変更後30日を過ぎて届け出る場合には、遅延理由書が必要です。	令和〇年〇月〇日	管理者の変更日
備 考	令和3年8月1日時点の責任役員:加曽利 犬、源町 風太 責任役員は医薬品医療機器等法第5条第3号イからトまでのいずれか掲げる者に該当しない。		

平成 2年 4月 1日
令和 7111号

株式会社かそりーぬ 千葉営業
美浜区幸町1-3-9

変更後の管理者の資格について、資格に対応する条項を下表より選んで記載します。

記載する施行規則条項	内訳(基礎講習区分等)
第162条第1項第1号	高度管理医療機器営業所管理者講習
第162条第1項第2号	医師、歯科医師、薬剤師、医療機器製造販売業の総括製造販売責任者の要件を満たす者(大学等専門課程修了者を含む)、医療機器製造業又は修理業の責任技術者の要件を満たす者(大学等専門課程修了者を含む)、みなし合格登録販売者、販売管理責任者講習を修了した者
第162条第2項第1号	指定視力補正用レンズ営業所管理者講習
第162条第3項第1号	プログラム高度管理医療機器営業所管理者講習

許可証に記載されている、「有効期間の開始日」を入れてください。

フリガナをふってください。

管理者の情報については、必ず氏名と住所の両方を記載してください。

変更後30日を過ぎて届け出る場合には、遅延理由書が必要です。

令和〇年〇月〇日
令和3年8月1日時点の責任役員:加曽利 犬、源町 風太
責任役員は医薬品医療機器等法第5条第3号イからトまでのいずれか掲げる者に該当しない。

上記により、変更の届出をします。

追記

令和3年9月7日

- ①管理者の資格を証する書類、②申請者と管理者との雇用契約等を証明する書類を添付してください。
- 「管理者の資格を証する書類」として、返却不要な書類(卒業証明書や成績証明書等の原本)を使用する場合のみ、郵送にて届け出ることが可能です。
- 郵送にて届け出の場合の届出日は、保健所が届出内容を確認し受理した日となります。届出日が変更後30日以降となる場合は、遅延理由書の添付が必要となりますので、ご注意ください。

住 所
〔法人にあっては、主たる事務所の所在地〕

若葉区桜木8-33

氏 名
〔法人にあっては、名称及び代表者の氏名〕

株式会社かそりーぬ
代表取締役 加曽利 犬

千葉市保健所長 殿

資格証及び卒業証書は、その原本(郵送不可)とそのコピーを同時に窓口に提出してください。
コピーと原本をその場で照合し、すぐに原本を返却します。

担当者名 花都 ちはな
連絡先電話番号 043-238-9967
連絡先電子メールアドレス
*****@kasori-nu.ne.jp