様式第九十（第百七十八条関係）

記載例

どちらか一方のときは不要の文字を消してください。

高度管理医療機器等 販売業 ~~貸与業~~ 許可更新申請書

許可番号及び年月日	第K―○○○○号　平成○年○月○日
営業所の名称	株式会社○○医療機器サービス　高知支店
営業所の所在地	〒○○○―○○○○ 高知市○○町○○○―○○○　○○ビル１階
営業所の構造設備の概要	別紙(構造設備の概要)のとおり
兼営事業の種類	卸売販売業
（法人にあつては）薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名	代表取締役　桂浜子， 取締役　日曜市太郎，土佐二郎

許可証記載の有効期間の開始日

別紙（様式有り）を添付してください

当該営業所において高度管理医療機器等の販売業又は貸与業以外の業務を併せて行うときはその業務の種類を記載し，ないときは「なし」と記載

令和３年８月から新たに記載することになりました。

変更内容	事項	変更前	変更後

変更内容欄には，許可申請書に記載した事項のうち，この更新申請書を提出する時までに変更のあつた事項について，記載すること。別途，変更届書も提出してください。

申請者（法人にあつては，薬事に関する業務に責任を有する役員を含む。）の欠格条項		
(1)	法第75条第１項の規定により許可を取り消され，取消しの日から３年を経過していない者	全員なし
(2)	法第…し…，取消	全員なし
(3)	禁錮…受け…執行を…い者	全員なし
(4)	法，薬事…分に…いた…その他…づく処…過して	全員なし
(5)	麻薬…	全員なし
(6)	精神…の業…業者等…び意思疎通を適切に行うことができない者	全員なし
(7)	高度管理医療機器等の販売業者等の業務を適切に行うことができる知識及び経験を有すると認められない者	全員なし

申請者の欠格条項の(1)欄から(7)欄までには，当該事実がないときは「なし」と記載し，あるときは，(1)及び(2)欄にあつてはその理由及び年月日を，(3)欄にあつてはその罪，刑，刑の確定年月日及びその執行を終わり，又は執行を受けることがなくなつた場合はその年月日を，(4)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を記載してください。また，(6)欄に該当するおそれがある者については，同欄に「別紙のとおり」と記載し，当該申請者に係る精神の機能の障害に関する医師の診断書を添付してください。

備考	
	~~・コンタクト（指定視力補正用レンズ等の取扱い）~~ ~~・プログラム（高度）（プログラム高度管理医療機器の取扱い）~~ ・高度（指定視力補正用レンズ等及びプログラム高度管理医療機器以外の高度管理医療機器等の取扱い）

指定視力補正用レンズのみを販売等する場合にあつては「コンタクト」を，プログラム高度管理医療機器を販売提供等する場合にあつては「プログラム」を，前記以外の高度管理医療機器等を販売等する場合にあつては「高度」を○で囲み，不要の文字を消してください。

どちらか一方のときは不要の文字を消してください。

上記により，高度管理医療機器等の 販売業 ~~貸与業~~ の許可の更新を申請します。

令和　○　年　○　月　○　日

住所（法人にあつては，主たる事務所の所在地）　〒○○○―○○○○
高知市○○町○○―△△

氏名（法人にあつては，名称及び代表者の氏名）　株式会社○○医療機器サービス
代表取締役　桂　浜子

担当者氏名，連絡先：　○○次郎　○○○―○○○○―○○○○

高知市保健所長　様