

高度管理医療機器等

販売業
貸与業

許可申請書

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。

営業所の名称	株式会社〇〇医療機器サービス 高知支店	
営業所の所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 高知市〇〇町〇〇〇-〇〇〇 〇〇ビル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	
(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名	代表取締役 桂浜子, 取締役 日曜市太郎, 土佐二郎	
管理者	氏名	機器 太郎
	住所	高知市〇〇〇町 〇丁目〇〇番地
兼営事業の種類	卸売販売業	

別紙(様式有り)を添付してください

令和3年8月から新たに記載することになりました。

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

申請者に責任を有する役員(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
	(3)	禁じられた業務を執行し、又は執行しようとする者	全員なし
	(4)	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
	(5)	麻酔薬の業務を適切に行うことができない者	全員なし
	(6)	精製薬の業務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っ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)
	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の許可を申請します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 〒〇〇〇-〇〇〇〇
高知市〇〇町〇〇-△△

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 株式会社〇〇医療機器サービス
代表取締役 桂浜子

担当者氏名、連絡先: 〇〇次郎 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

高知市保健所長 様