

高度管理医療機器等

販売業
貸与業

許可更新申請書

記入例

どちらか一方のときは不要
な文字を消してください

許可番号及び年月日	第 〇〇〇〇 号 令和〇〇年 △月 □日	
営業所の名称	※※※※営業所	
営業所の所在地	〇〇市△△町□丁目□番□号	
営業所の構造設備の概要	従来のとおり	
兼営事業の種類	薬局、医薬品販売業、 毒物劇物販売業 など	
(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		
変更内容	事項 変更前 変更後	
	変更事項がある場合は、別途 変更届の提出が必要	
申請者(法人にあつては、 その業務を行う役員を含む) 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	なし (全員なし)
	(2) 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者	なし (全員なし)
	(3) 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、3年を経過していない者	なし (全員なし)
	(4) 法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法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2年を経過していない者	なし (全員なし)
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	なし (全員なし)
	(6) 精神の機能の障害により高度管理医療機器等の販売業者等の販売業者等の業務を適正に行うに当たつて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者	なし (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	なし (全員なし)
備考	<input type="checkbox"/> 1)コンタクトレンズのみ (視力補正用レンズ、カラーコンタクトレンズ) <input type="checkbox"/> 2)医療機器プログラムのみ <input type="checkbox"/> 高度〔上記1)、2)以外〕	

有効期間の開始年月日を
許可証のとおり記入

取り扱うものの□に
チェック

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。

年 月 日

住所 (法人にあつては、主
たる事務所の所在地)

氏名 (法人にあつては、名
称及び代表者の氏名)

和歌山市保健所長 様

TEL
FAX