

どちらか一方のときは不要な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~~ 許可申請書

記載例

営業所の名称		〇〇〇〇営業所	
営業所の所在地		和歌山市 △△町 □丁目 □番 □号	
営業所の構造設備の概要		別紙のとおり	
(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氏名		〇〇 △△、□□ ××	
管理者	氏 名	和歌山 太郎	資格 医薬品医療機器等法施行規則 第 162 条第○項第 □号
	住 所	和歌山市〇〇町△丁目□番地	
兼営事業の種類		店舗販売業 など	
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	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)	拘禁刑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	□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) □2)医療機器プログラムのみ □高度 [上記 1) 、2)以外] どこかに 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)

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

個人の場合は現住所・個人名を記載してください。法人の場合は、登記された主たる事業所の所在地・名称及び代表者の氏名を記載してください。

連絡先：TEL
担当者

連絡先・担当者氏名を
記載してください。

和歌山市保健所長 様