

販売業又は貸与業のみを行う場合は二重線で消すこと。

高度管理医療機器等

販売業
貸与業

許可申請書

営業所の名称		〇〇医療機器店	
営業所の所在地		〒780-0000 高知市丸ノ内1丁目〇-〇	
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名		高知 太郎 桂浜 花子	
管理者	氏名	棧橋 次郎	
	住所	高知市〇〇1-2-3	
兼営事業の種類		医療機器修理業	
格条項 申請者（法人にあつては、薬事に責任を有する役員を含む。）の欠	(1)	法第75条第1項の規定により許可を取り消され、取消の日から3ヶ月以内の日か	全員なし
	(2)	法第75条第2項の規定により禁錮以上の刑に処せられた者	全員なし
	(3)	禁錮以上の刑に処せられた者	全員なし
	(4)	法、麻薬取締法、麻薬取締法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	全員なし
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	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	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
備考		「高度」を記載。 「高度」、「コンタクト」又は「プログラム」を記載。全て販売する場合は、「高度」「コンタクト」「プログラム」の全てを記載。	

法人の場合は(1)～(7)まで当該事実がない場合は、「全員なし」と記載。
個人の場合は(1)～(7)まで当該事実がない場合は、「なし」と記載。

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。

〇〇年〇〇月〇〇

申請書を提出する日付。

販売業又は貸与業のみを行う場合は二重線で消すこと。

個人の場合：現住所、個人名を記載。
法人の場合：登記された本社の所在地、登記された商号及び代表取締役名を記載。

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 〒780-0000
高知県高知市丸ノ内1-2-〇
氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 有限会社〇〇医療器店
代表取締役 高知 太郎

連絡先・担当者名 088-〇〇〇-△△△△、担当:上町

高知県知事 様

書類に関する問い合わせ先・担当者名を記載。

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 営業所の構造設備の概要欄にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 4 兼営事業の種類欄には、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」と記載すること。
- 5 申請者の欠格事項の(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)欄及び(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すること。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すること。
- 6 備考欄には、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」と、指定視力補正用レンズ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」と記載すること。