

様式第九十四の二（第百九十六条の二関係）

再生医療等製品販売業許可申請書

営業所の名称		株式会社〇〇販売 高知営業所	
営業所の所在地		〒780-0000 高知市丸ノ内1-2-〇	
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 の氏名		高知 太郎 桂浜 花子	
管理者	氏名	棧橋 次郎	資格 規則196条の4第1号
	住所	高知市〇〇1-2-3	
兼営事業の種類		高度管理医療機器等販売業・貸与業	
条項 業務申請者（法人に責任を有する役員を含む）の 格	(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	<p>法第40条の6の規定により再生医療等製品の販売を実地に管理する者が第196条の4各号のいずれに該当するかを記載すること。</p> <p>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。</p>	全員なし
	(2) 法第75条第2項の規定により許可を取り消され、取消の日から3		全員なし
	(3) 禁錮以上の刑に処せられた者		全員なし
	(4) 禁錮以上の刑に処せられた者		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再生医療等製品販売業者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) 再生医療等製品販売業者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			

上記により、再生医療等製品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。

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）  
氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

〒780-0000  
高知県高知市丸ノ内1-2-〇  
株式会社〇〇販売  
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 管理者の資格欄には、法第40条の6の規定により再生医療等製品の販売を実地に管理する者が第196条の4各号のいずれに該当するかを記載すること。
- 5 兼営事業の種類欄には、当該営業所において再生医療等製品の販売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。
- 6 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)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。