

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	カブシキカイシャマルマル サンカクサンカケイキョウシヨ 株式会社〇〇 △△営業所
営業所の所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地 〇〇ビル TEL: () FAX: () e-mail: @
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	
管理者 氏名	〇〇 △△
管理者 住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地
兼営事業の種類	店舗販売業 ⇒ <input type="checkbox"/> 該当なければなし

に申請者を有する役員を含む。薬事に関する業務の欠格条項	(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	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った後、3年を経過していない者	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	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	管理者の資格： ・医薬品医療機器等法施行規則第162条第1項第1号に該当 ・医薬品医療機器等法施行規則第162条第2項第1号に該当 ・医薬品医療機器等法施行規則第162条第3項第1号に該当 ・医薬品医療機器等法施行規則第162条第1項第2号、第2項第2号又は第3項第2号の場合、次に該当 1) 医・歯・薬 2) 総括製造販売責任者 3) 製造業責任技術者 4) 修理業責任技術者 5) みなし合格登録販売者 6) 販売管理責任者講習	⇒ <input type="checkbox"/> 該当する資格に○印を付けてください。
	医療機器販売業・貸与業の種類： 「コンタクト」「プログラム（高度）」「高度」管理者の資格：	⇒ <input type="checkbox"/> 該当する種類に○印を付けてください。

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。

年 月 日

住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地
(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏名 株式会社〇〇
代表取締役 〇〇 〇
(法人にあつては、名称および代表者の氏名)

(あて先) 滋賀県〇〇保健所長

担当者名：〇〇 △△
連絡先：〇〇〇-〇〇〇〇