

記載例 高度管理医療機器等

販売業
貸与業

許可申請書

該当する内容に
○をつけて下さい。

| | | | |
|---|-----|--|--|
| 営業所の名称 | | 〇〇株式会社 △△営業所 | |
| 営業所の所在地 | | 〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都江東区〇〇七丁目7番7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 | | 深川太郎、江東花子、江東二郎 | |
| 管理者 | 氏名 | 江東 花子 | |
| | 住所 | 東京都江東区〇〇二丁目2番2号 | |
| 兼営事業の種類 | | | |
| 申請者(法人にあつては、 薬事に関する業務 の欠格条項 に責任を有する役員を含む。) | (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 | |
| | (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 | |
| | (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 | |
| | (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 | |
| | (5) | 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者 | |
| | (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 | |
| | (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 | |
| 備考 | | 「コンタクト」 「プログラム」 「高度」 | |

管理者の自宅住所を
記載して下さい。

他の薬事関係の許可を
取得している場合は
業態を記載して下さい。

該当が
無ければ
(1)-(7)に
「なし」、
法人で
責任役員
が複数い
る場合は
「全員な
し」と
記載して
下さい。

取扱う品目に応じて、該当する内容に○をつけて下さい。
ア) 指定視力補正用レンズ等のみ販売等：「コンタクト」
イ) プログラム高度管理医療機器のみ販売等：「プログラム」
ウ) 上記ア)、イ) 両方を販売等：「コンタクト、プログラム」
エ) 上記ア) ~ ウ) 以外を販売等：「高度」

該当する内容に○をつけて下さい
上記により、高度管理医療機器等の
販売業
貸与業
の許可

〇〇年 〇〇月 〇〇日

申請手続きを
される際に窓口で
記載して下さい。

住所
〔法人にあつては、主
たる事務所の所在地〕

東京都江東区△△一丁目1番1号

氏名
〔法人にあつては、名
称及び代表者の氏名〕

〇〇株式会社
代表取締役 深川 太郎

法人の場合は、登記された
本店の所在地、名称及び
代表者の氏名を記載します。

江東区保健所長 殿

連絡先と担当者名を記入して下さい。

電話番号 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
担当者名 ◇◇

(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)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、プログラム高度管理医療機器のみを販売提供等する場合にあつては「プログラム」と、指定視力補正用レンズ及びプログラム高度管理医療機器のみを販売提供等する場合にあつては「コンタクト・プログラム」と、前記以外の場合にあつては「高度」と記載すること。