

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		〇〇販売株式会社 □□営業所	
営業所の所在地		〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇市△△町〇-〇-〇 □□ビル	
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		東京 一郎、東京 花子	
管理者	氏名	東京 次郎	
	住所	東京都◆◆市△△町〇-〇-〇 東京ア パート101号	
兼営事業の種類		医薬品卸売販売業	
申請者（法人にあつては） 責任を有する役員を全 て記入してください。	(1) 法第75条第1項の 日から3年を経過して	該当がなければ、それぞれ「なし」と記載し てください。	日 全員なし
	(2) 法第75条の2第1項 の日から3年を経過して	法人で薬事に関する業務に責任を有する役 員が複数いる場合は、「全員なし」と記載して ください。	受 全員なし
	(3) 禁錮以上の刑に処 けることがなくな るまで	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よ り	受 全員なし
	(4) 法第75条第1項の 日から3年を経過して	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よ り	受 全員なし
	(5) 高度管理医療機器のうち取り扱う品目に応じて、次に掲げる事項を「備考欄」に記載してください。		受 全員なし
	(ア) 指定視力補正用レンズ等のみを販売等する場合：「コンタクト」		受 全員なし
	(イ) 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：「プログラム」		受 全員なし
	(ウ) 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：「コンタクト」「プログラム」		受 全員なし
	(エ) 前記(ア)、(イ)及び(ウ)以外の場合：「高度」		受 全員なし
備考		「コンタクト」 「高度」 「プログラム」	

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。

年 月 日

新規の手続きをされる際に窓口で記載してください。

開設者住所・氏名を  
記載してください。

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)

東京都新宿区西新宿二丁目8番1号  
〇〇販売株式会社  
代表取締役 東京 太郎

担当者氏名とその連絡先を記載してください。

東京都 〇〇 保健所長 殿

電話番号 03 (5320) 〇〇〇〇  
担当者名 東京 次郎

高度管理医療機器等販売業・貸与業許可申請書 注意書

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 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。