

高度管理医療機器等 販売業
貸与業

許可申請

所在地はビル名まで記載してください。

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 氏 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） 任を有する役員	法第75条第1項から3年を経過した日から3年を経過するまでの間に、	該当がなければ、それぞれ「なし」と記載してください。	全員なし
	法第75条の2第1項の日から3年を経過するまでの間に、	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。	全員なし
	拘禁刑以上の刑を受けることがないこと。		全員なし
	法第75条の2第1項の日から3年を経過するまでの間に、		全員なし
	法第75条の2第1項の日から3年を経過するまでの間に、		全員なし
	法第75条の2第1項の日から3年を経過するまでの間に、		全員なし
	法第75条の2第1項の日から3年を経過するまでの間に、		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。

住所

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

氏 名

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

〇〇販売株式会社
代表取締役 東京 太郎

東京都知事

東京都 〇〇 保健所長

担当者氏名とその連絡先を記載してください。

電話番号 03 (5320) 〇〇〇〇
担当者名 東京 次郎

(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。