

どちらか一方のときは不要の文字を二重線で消してください。

申請書記載例

許可年月日は、有効期間の初めの日を記載します。

高度管理医療機器等 販売業 許可更新申請

許可番号及び年月日	石第M○○○○○号 元号○年○月○日	
営業所の名称	宮城県薬務課株式会社 石巻営業所	
営業所の所在地	石巻市あゆみ野5-7	
営業所の構造設備の概要	「従来のおとり」(更新申請時までに変更がなかった場合)又は「元号○年○月○日付け変更届書提出」と記載します。	
兼営事業の種類	薬機法上兼業があればその業態(薬局、店舗販売業等)を、該当がなければ、「なし」と記入してください。	
(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	該当する役員の氏名を記載してください。	
変更内容	変更事項があれば、更新申請とは別に「変更届書」を提出します。なければ、「なし」と記入してください。	
申請者(法人にあつては、薬事に関する業務に責任を有する役員を含む。)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って必要な認知、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	<input type="checkbox"/> コンタクト <input type="checkbox"/> プログラム(高度) <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 医療機器サンプルのみ	

該当がなければ、それぞれ「なし」と記入してください。法人で役員が複数いる場合には「全員なし」と記入してください。

該当する種類にチェックをつけてください。

許可証を紛失等のため添付できない場合は、その旨を備考欄に記載してください。

上記により、高度管理医療機器等の 販売業 貸与業 の許可の更新を申請します。

年 月 日

申請日を記載します。

どちらか一方のときは不要の文字を二重線で消してください。

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 石巻市あゆみ野5-7

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 宮城県薬務課株式会社 代表取締役 ○山△雄

開設者が個人の場合は、個人の住所・氏名を記載します。法人の場合は登記された主たる事務所の所在地・名称・代表者の氏名を記載します。

連絡先と担当者の氏名を必ず記入してください。

連絡(担当)者名 ○川□子

連絡先TEL ()