

販売業
高度管理医療機器等 許可更新申請書
貸与業

お手元の許可証をご覧いただき、記載ください。
年月日は、許可開始日です。

許可番号及び年月日	○練生所薬き第△号 ○年△月□日		
営業所の名称	○○株式会社 △△営業所		
営業所の所在地	練馬区○○一丁目2番3号 △ビル1階 電話03（1234）5678		
営業所の構造設備の概要	別紙のとおり		
兼営事業の種類	同一所在地で薬事関連法規に基づく許可を取得している場合に記載します。該当がないときは「なし」と記載します。		
（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	●●●●		
変更内容	事項	変更前	変更後
	同一所在地で薬事関連法規に基づく許可を取得している場合に記載します。該当がないときは「なし」と記載します。		
申請者（法人にあつては、薬事に関する欠格条項の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	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	「コンタクト」 「高度」 「プログラム」		

該当がなければ、「なし」と記入してください。法人で業務を行う役員が複数いる場合、「全員なし」と記載してください。

該当する項目を囲んでください。

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

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〕

・提出年月日、住所、氏名、連絡先、担当者名を記載してください。
・法人の場合は、登記された本社の所在地、名称および代表者氏名を記載してください。

練馬区保健所長 殿

電話番号 ()
担当者名

高度管理医療機器等販売業・貸与業許可更新申請書 注意書

(注意)

- 1 用紙は、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、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 変更内容欄には、第 174 条第 1 項各号に掲げる事項のうち、この更新申請書を提出する時までに変更のあつた事項について、記載すること。
- 6 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。