

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			
営 業 所 の 所 在 地			
営 業 所 の 構 造 設 備 の 概 要			
(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			
管 理 者	氏 名		
	住 所		
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 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)	拘禁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切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		<input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> コンタクト <input type="checkbox"/> プログラム (高度)	

上記により、高度管理医療機器等の販売業貸与業の許可を申請します。

年 月 日

住 所

氏 名

〔 法人にあつては、主
たる事務所の所在地 〕

〔 法人にあつては、名
称及び代表者の氏名 〕

電話番号 ()
担当者名

中央区保健所長

証 書

私どもは下記事項を条件として使用関係にあることを証します。

年 月 日

使 用 者 住 所
〔 法人にあっては、主たる事務所の所在地 〕
氏 名
〔 法人にあっては、名称及び代表者の氏名 〕

被 使 用 者 住 所
氏 名

記

【業 務】 管理者（薬剤師・登録販売者・

勤務薬剤師

勤務登録販売者

毒物劇物取扱責任者

高度管理医療機器等営業所管理者

備 考

該当する業務に丸を付けること。