

営業所の名称		株式会社〇〇 松山営業所	
営業所の所在地		松山市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号 〇〇ビル〇階	
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		松山 太郎 松山 三郎	
管理者	氏名	松山 五郎	
	住所	松山市〇〇町〇〇番地〇〇	
兼営事業の種類		薬局、管理医療機器販売業貸与業	
申請者 (法人にあつては、薬事 に関する役員を含む)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	(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) 拘禁刑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		許可希望日：〇〇年〇〇月〇〇日 「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。

〇〇年 〇月 〇日

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)

松山市〇〇町〇〇番〇〇

株式会社〇〇  
代表取締役 松山 太郎

松山市保健所長 殿

日中に連絡がとれる番号  
を記入。

(担当者) △△ △△	(連絡先) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
----------------	------------------------