

様式第九十（第百七十八条関係）

高度管理医療機器等

販売業
貸与業

許可更新申請書

有効期間の、開始の年月日
を記入。

許可番号及び年月日	松医薬第〇〇〇〇号 〇年〇〇月〇〇日
営業所の名称	〇〇薬店
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
兼営事業の種類	薬局、管理医療機器販売業貸与業
(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

ビル名等がある場合は、具体的に
記載。

変更 内容	事 項	変 更 前	変 更 後
	変更なし		
申請者 役員する 業務にあつては、 の欠けを有する 項目に責任を有する 薬事に	(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	責任役員が複数おり、全員該当しない場合： 全員なし 責任役員が一人のみで、該当しない場合： なし と記入。
	(2) 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	「高度」	

取り扱う医療機器
によって、「高度」、
「コンタクト」又
は「単体プログラ
ム」と記入。

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。

〇〇年 〇月 〇日

住 所

(法人にあつては、
主たる事務所の所)

松山市〇〇町〇〇番〇〇

在地

松山市保健所長 殿

氏 名

(法人にあつては、
名称及び代表者の)

株式会社〇〇

氏名

代表取締役 松山 太郎

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