

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(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	(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つた後、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」	

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。

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

松山市保健所長 殿

住所

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

松山市〇〇町〇〇番〇〇

氏名

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

株式会社〇〇
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