

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		〒 電話
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		
管 理 者	氏 名	
	住 所	
兼 営 事 業 の 種 類		
務 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
	(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)	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
	(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		「コンタクト」 「高度」 「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〕

千代田区千代田保健所長 殿

電話番号 ()

担当者名

(注意)

- 1 用紙の大きさは、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 兼営事業の種類欄には、当該営業所において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。
- 4 申請者の欠格条項の(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)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。
- 5 販売等を行う品目を、その種類に応じて次に掲げるように記載すること。販売等を行う品目はすべて記載すること。
 - ① 指定視力補正用レンズ等 「コンタクト」
 - ② プログラム高度管理医療機器 「プログラム (高度)」
 - ③ 指定視力補正用レンズ等及びプログラム高度管理医療機器以外の高度管理医療機器等 「高度」