

高度管理医療機器等 販売業 貸与業 許可更新申請書

許可番号及び年月日		第M年 月 日	
営業所の名称			
営業所の所在地		〒 仙台市 区 TEL () FAX ()	
営業所の構造設備の概要		従前のとおり	
兼営事業の種類		別紙[2]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		<input type="checkbox"/> 個人申請のためなし	
変更内容	事項	変更前	変更後
務申請者(法人にあつては、薬事に関する業務の欠格条項)	(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	
	(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	取扱品目：別紙[2]のとおり		

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。

年 月 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)

(あて先) 仙台市保健所長

TEL ()

連絡(担当)者名

連絡先 TEL

(注意)

- 許可証を添付すること。
- 用紙は、A4とすること。
- 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 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)欄及び(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っ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。

許可番号		営業所の名称		記入年月日	
業 種	1. 販売業 2. 貸与業				
営業内容 〈参考〉	(↓該当する項目にレ点をつけること)				
	販売業	<input type="checkbox"/> 現物を取扱う(試用サンプル含む) <input type="checkbox"/> サンプル掲示のみ行う <input type="checkbox"/> 現物は取り扱わない(伝票販売) <input type="checkbox"/> 販売実績なし			
		販売先	<input type="checkbox"/> 個人ユーザー <input type="checkbox"/> 医療機関(医科) <input type="checkbox"/> 医療機関(歯科) <input type="checkbox"/> 医療機関(薬局) <input type="checkbox"/> 福祉施設 <input type="checkbox"/> 許可業者 <input type="checkbox"/> その他()		
	貸与業	<input type="checkbox"/> 現物を保管管理する <input type="checkbox"/> 現物は取り扱わない <input type="checkbox"/> 貸与実績なし			
		貸与先	<input type="checkbox"/> 個人ユーザー <input type="checkbox"/> 医療機関(医科) <input type="checkbox"/> 医療機関(歯科) <input type="checkbox"/> 医療機関(薬局) <input type="checkbox"/> 福祉施設 <input type="checkbox"/> 許可業者 <input type="checkbox"/> その他()		
	中古品	<input type="checkbox"/> 中古品は取り扱わない <input type="checkbox"/> 中古品を取扱う			
	冷所品	<input type="checkbox"/> 冷所品は取り扱わない <input type="checkbox"/> 冷所品を取扱う			
主な取扱品目:					
管理者	氏 名				
	住 所				
取 扱 品 目	(↓取扱う品目にレ点をつけること)			管理者の資格 裏面の該当する資格にレ点をつけること	
	<input type="checkbox"/> コンタクトレンズ				
	<input type="checkbox"/> プログラム高度管理医療機器				
	<input type="checkbox"/> 上記以外の高度管理医療機器				
<input type="checkbox"/> 特定保守管理医療機器					
兼営事業の種類 (↓行っている事業にレ点をつけること)					
<input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 医薬品店舗販売業 <input type="checkbox"/> 医薬品卸売販売業 <input type="checkbox"/> 管理医療機器(販売業・貸与業) <input type="checkbox"/> 一般医療機器(販売業・貸与業) <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品製造販売業 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品製造業			<input type="checkbox"/> 医薬部外品販売業 <input type="checkbox"/> 化粧品販売業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物一般販売業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物農業用品目販売業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物特定品目販売業 <input type="checkbox"/> 医療機器修理業 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし		

許可証
(原本)