

販売業
高度管理医療機器等 貸与業 許可更新申請書

許可番号及び年月日		第 号 年 月 日	
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			
兼営事業の種類		☐ 薬局 ☐ 医薬品販売業 ☐ 医薬部外品販売業 ☐ 管理医療機器販売業・貸与業 ☐ 化粧品販売業 ☐ 毒物劇物販売業 ☐ 医療機器等の製造業・製造販売業	
(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			
変更内容	事項	変更前	変更後
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		
	(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切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	[医療機器販売業・貸与業の種類] ・高度管理医療機器等 ・コンタクト ・プログラム高度管理医療機器		

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、主たる事業所の所在地)

氏 名

(法人にあつては名称及び代表者の氏名)

寝屋川市長 様

【連絡先】 担当者名 :
電話番号 :