

高度管理医療機器等 販売業 許可申請書
貸与業

営業所の名称			
営業所の所在地		〒	
		Tel	Fax
営業所の構造設備の概要			
(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	資格	
	住所		
兼営事業の種類			
申請者(責任を有する役員を含む。法人にあつては、薬事に関する業務に)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	販売等を行う全ての品目に○を記入してください。 ・コンタクト ・プログラム ・高度(コンタクト、プログラム以外の高度管理医療機器)		

上記により、高度管理医療機器等の 販売業 貸与業 の許可を申請します。

令和 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)

小樽市保健所長 様

連絡先： 電話

担当者