

# 高度管理医療機器等 販売業 貸与業 許可更新申請書

(※該当しないものに二重線を引いてください)

(宛先)  
広島市保健所長

〒 電話  
住所  
氏名

(法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

次のとおり、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。

許可番号及び年月日	(有効期間開始日) 第 号 年 月 日
営業所の名称	
営業所の所在地	〒 (電話) (FAX) (e-mail) 広島市 区
営業所の構造設備の概要	
(法人にあっては) 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
変更内容	事項 変更前 変更後
兼営事業の種類	
申請者(法人にあっては、薬事に関する業務に責任を有する役員を含む。)の欠格事項	(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、その違反行為があった日から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って必要な認知、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
業 態 の 区 分 (該当する項目すべてに☑してください。)	<input type="checkbox"/> コンタクト(指定視力補正用レンズ等) <input type="checkbox"/> プログラム高度管理医療機器 <input type="checkbox"/> プログラム高度管理医療機器(電気通信回線による提供のみ) <input type="checkbox"/> 高度(コンタクト、プログラム以外の高度管理医療機器等)
備 考	
担当者所属・氏名等	(電話)

※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します。(承諾されない方はお申し出ください。)

◎ここから下には記入しないでください。

受付印	調査年月日	施設基準等	審査者	許可年月日	許可番号
		適 ・ 否			第 号
	(受付)	(伺い)			
	係	専門員	係	係長	課長
					照合
					公印
					施行

(注意)

- 1 営業所の構造設備の概要欄にその記載事項のすべてを記載することが出来ないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付してください。
- 2 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販売業又は貸与業以外の業務を併せ行うときはその業務の種類を記載し、ないときは「なし」と記載してください。
- 3 変更内容欄には、第174条第1項各号に掲げる事項のうち、この更新申請書を提出する時までに変更のあった事項について記載してください。
- 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)欄及び(2)欄にあってはその理由及び年月日を、(3)欄にあってはその罪、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)欄にあってはその違反の事実及び違反した年月日を記載してください。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してください。
- 5 業態の区分欄には、該当する項目をすべてしてください。