

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			
営業所の構造設備の概要		別紙のとおり (プログラムの電気通信回線を通じた提供のみを行う場合を除く)	
(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	資 格	講習修了(区分なし・高度・ コンタクト・プログラム) その他( )
	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 っ て は 薬 事 に 関 す る 業 務 に 関 す る 業 務 に ) 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)	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あたって必要な認知、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	
備 考	<input type="checkbox"/> 管理医療機器販売(する・しない) 管理医療機器貸与(する・しない) <input type="checkbox"/> 取扱品目( コンタクトレンズ・プログラム・その他 ) <div style="text-align: right;">電話 ( ) -</div>		

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 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

(宛先) 岡崎市保健所長

## 記入上の注意

- 1 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書いて下さい。
- 2 管理者の資格欄には、規則第百六十二条各項に規定する基礎講習の受講者は、受講した講習区分の該当するところに○を付し、それ以外の場合は、その他の欄に資格の種類（例：薬剤師、医師、大学（高校）専門課程卒等）を記載して下さい。
- 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（例：医療機器修理業、薬局等）を記載し、ないときは「なし」と記載して下さい。
- 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)欄にはその理由及び年月日を、(3)欄にはその罪、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)欄にはその違反の事実及び違反した年月日を記載して下さい。また、(6)に該当するおそれがあるものについては、同欄に「別紙のとおり」と記載し、当該申請書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下さい。
- 5 備考欄の該当する項目に、○を付して下さい。（コンタクトレンズ及びプログラム以外のものを取り扱う場合は、その他に該当）

## 添付書類

- 1 営業所の平面図（ビル、マンションの場合はフローア図も必要）
- 2 管理者の雇用（使用）証書又は雇用（使用）契約書の写し（申請者が管理者の場合は不要）
- 3 法人にあっては登記簿謄本（又は登記記載事項証明書）
- 4 管理者の資格を証明する書類の写し（原本持参又は申請者の原本証明）