

神戸市収入証紙 (29,000円 消印しないこと)
(証紙は市役所本庁2号館2階「三井住友銀行」または同2号館地階「売店」で購入のこと)

様式第八十七 (第百六十条関係)

高度管理医療機器等 販売業 貸与業 許可申請書

捨印

| | | |
|-----------------------------------|--|--|
| ふりがな | | |
| 営業所の名称 | | |
| 営業所の所在地 | | 〒 ー 神戸市 区 TEL () ー |
| 営業所の構造設備の概要 | | 別紙のとおり |
| 管理者 | ふりがな | |
| | 氏名 | |
| | 住所 | 〒 ー |
| 兼営事業の種類 | | 管理医療機器販売業・貸与業、薬局、薬局製剤製造販売業・製造業、卸売販売業、店舗販売業、麻薬小売業、毒物劇物販売業、医薬部外品・化粧品・雑品の販売、その他 () |
| 申請者 (法人にあっては、その業務を行う役員を含む。) 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たこと | |
| | (2) 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消されたこと | |
| | (3) 禁錮以上の刑に処せられたこと | |
| | (4) 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たこと | |
| | (5) 後見開始の審判を受けていること | |
| 備考 | 取扱品目: 高度 () ・特定保守管理医療機器 () ・コンタクト・プログラム (高度) | |
| | 資格: <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器等管理者基礎講習会受講者 <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ販売等管理者基礎講習会受講者 <input type="checkbox"/> プログラム高度管理医療機器販売業等管理者講習会受講者 <input type="checkbox"/> 大学等専門課程修了者 <input type="checkbox"/> 販売管理責任者講習受講者 <input type="checkbox"/> 業種適格者 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 (免許等番号: 登録年月日: 年 月 日) | |
| | TEL ー FAX ー | |

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 〒 ー

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

(ふりがな) 氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

印

TEL () ー

神戸市保健所長 あて