

高度管理医療機器等 販売業 貸与業 許可申請書

営業所の名称			
営業所の所在地		〒 TEL	
営業所の構造設備の概要		別紙のとおり	
管理者	氏名	資格	<input type="checkbox"/> 規則第162条第1項第1号(高度講習会) <input type="checkbox"/> 規則第162条第2項第1号(コンタクト講習会) <input type="checkbox"/> 規則第162条第3項第1号(プログラム講習会) <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師・薬剤師・薬種商 <input type="checkbox"/> 第1種・第2種医療機器製造販売業 総括製造販売責任者 <input type="checkbox"/> 医療機器製造業責任技術者 <input type="checkbox"/> 医療機器修理責任技術者 <input type="checkbox"/> 販売管理責任者講習修了者
	住所		
兼営事業の種類		<input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 店舗販売業 <input type="checkbox"/> 卸売販売業 <input type="checkbox"/> 医薬品部外品の販売 <input type="checkbox"/> 化粧品の販売 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし	
格業申 条務請 項を者 行(法 う人 役員にあ をつては、 含む)の その 欠の	(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	【管理者が医師、歯科医師、薬剤師及び薬種商適格者の場合】 免許・登録番号 登録年月日      年    月    日 【取扱品目】 <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> コンタクト <input type="checkbox"/> プログラム		

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。

平成 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)

印

様 (連絡先) 担当者名：  
電話番号：