

様式第八十七

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		〒 京都市 区 電話 — —
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	(ふりがな)
	住所	〒
兼営事業の種類		<input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 医薬品販売 <input type="checkbox"/> 医薬部外品販売 <input type="checkbox"/> 化粧品販売 <input type="checkbox"/> 毒物劇物販売業 <input type="checkbox"/> その他 ()
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、毒劇及び劇物取扱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
備考		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 <input type="checkbox"/> プログラム(電気通信回線を通じた提供のみ) 管理者資格 第 条 項 号 () 営業日・営業時間 省略書類： <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 () 原本添付又は呈示書類：施設名称 () 許可番号(第 号) (申請・届出)年月日 (年 月 日)

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)

電話 — —

(あて先) 京都市長