

販売業のみを行う場合は「貸与業」に、貸与業のみを行う場合は「販売業」に二重線を引いてください。
販売業、貸与業ともに行う場合は、双方に○を付けてください。

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		〇〇〇〇株式会社 京都支店		【営業所の所在地】 ビル名及び階数まで記載してください。
営業所の所在地		〒〇〇〇-〇〇〇〇 京都市 〇〇 区 〇〇町〇〇-〇〇 電話 〇75-〇〇〇-〇〇〇〇		△△ビル3階
営業所の構造設備の概要		別紙のとおり		
(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		代表取締役〇〇 〇〇、取締役〇〇 〇〇〇		
管理者	氏名	(ふりがな) 〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇 〇〇		
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇区〇〇町〇〇-〇〇		
兼営事業の種類		<input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 医薬品販売 <input type="checkbox"/> ... <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	なし	
	(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	なし	
	(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	なし	
	(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	なし	
	(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ない者		
【営業日・営業時間】 通常の営業日・営業時間を記載してください。		取扱品目 <input checked="" 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)		
【省略書類】 書略したい書類がある場合に記載してください。		管理者資格 第162条第1項第1号 (営業日・営業時間 月~金 9:00~17:00 省略書類: <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 原本添付又は呈示書類: 施設 (申請・届出)年月日 (
		【取扱品目】 該当する箇所にチェックを付けてください。 ①高度: 高度管理医療機器等 ②コンタクト: 指定視力補正用レンズ等のみ ③プログラム: プログラム高度管理医療機器のみ		
		【管理者資格】 医薬品医療機器等法施行規則の該当条文の番号を記載してください。 ※第162条第1項第2号に該当する場合は、①医師、②歯科医師、③薬剤師、④医療機器の第1種製造販売業の総括製造販売責任者、⑤医療機器の製造業の責任技術者、⑥医療機器の修理業の責任技術者、⑦みなし合格登録販売者、⑧販売管理責任者講習の修了者等、具体的な資格を括弧内に記載してください。		

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

〇〇年〇〇月〇〇日

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)

〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番地

株式会社〇〇〇〇
代表取締役 〇〇 〇〇

電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

【住所及び氏名】
個人: 個人の住所及び氏名
法人: 登記上の住所及び氏名

(あて先) 京都市長