

販売業のみを行っている場合は「貸与業」に、
貸与業のみを行っている場合は「販売業」に二重線を引いてください。販売
業、貸与業ともに行っている場合は双方に○をつけてください。

販売業
高度管理医療機器等 ~~貸与業~~ 許可更新申請書

許可番号及び年月日	第 ○○○○○○ 号 ○○年 ○○月 ○○日		
営業所の名称	株式会社○○○○ 京都支店		
営業所の所在地	〒○○○-○○○○ 京都市 ○○ 区 ○○ 町 ○○ 番 ○○ 号		
営業所の構造設備の概要	従来のとおり		
兼営事業の種類	<input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 医薬品販売 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (<u>医薬品修理業</u>)		
(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○○ ○○、取締役○○ ○○○		
変更内容	事項	変更	
	<p>【変更内容】 変更がある場合は、その内容を記載してください (許可の更新と併せて変更届の提出が必要です)。 なお、変更事項がなければ、空欄としてください。</p>		
申請者(法人にあっては、 有する役員を含む)の欠格条項	(1)	経過年数	経過していない者 なし
	(2)	経過年数	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製造者	なし
	(6)	精神の機能の障害判断及び意思疎通	必要な認知、 なし
	(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	なし
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)		

【営業所の構造設備の概要】
許可申請時から変更がなければ、「従来のとおり」と記載してください。構造設備の変更を届け出たことがある場合、「○○年○○月○○日届出のとおり」と記載してください。

【兼営事業の種類】
該当する箇所にチェックを付けてください。その他薬事に係る業務を行っている場合は、その業態を括弧内に記載してください。

【変更内容】
変更がある場合は、その内容を記載してください
(許可の更新と併せて変更届の提出が必要です)。
なお、変更事項がなければ、空欄としてください。

【申請者の欠格事項】
該当の有無を記載してください。
なお、(6)に該当する場合、該当者に係る医師の診断書を添付してください。

【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

上記により、高度管理医療機器等の ~~貸与業~~ 販売業 の

○○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)

〒○○○-○○○○
○○市○○区○○町○○番地

株式会社○○○○○
代表取締役 ○○ ○○
電話 ○○○-○○○-○○○○

【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