

様式第九十

高度管理医療機器等 販売業 貸与業 許可更新申請書

許可番号及び年月日		第 高度機器一 号、 年 月 日	
営業所の名称			
営業所の所在地			
営業所の構造設備の概要			
兼営事業の種類			
(法人にあつては) 薬事に関する業務に 責任を有する役員の氏名			
変更内容	事項	変更前	変更後
責任申請者(法人に あつては、 役員を含む) の薬事 に 関 する 業 務 に	(1)	法第 75 条第 1 項の規定により許可を取り消され、取消しの日 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、取消し 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 ることがなくなつた後、 3 年を経過していない者	
	(4)	法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法その他薬事に 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、 その違反行為があつた日から 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つて必要な認知、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] ・ 高度管理医療機器等 ・ プログラム高度管理医療機器 ・ プログラム高度管理医療機器 (電気通信回線による提供のみ) ・ コンタクト		
	担当者氏名： 連絡先：		

上記により、高度管理医療機器等の販売業・貸与業の許可の更新を申請します。

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)

(宛先) 東大阪市長