

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
(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		
管理者	氏名	
	住所	
兼営事業の種類		
申請者(法人にあつては、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	・販売、貸与形態: <input type="checkbox"/> コンタクト <input type="checkbox"/> プログラム <input type="checkbox"/> 高度 ・省略する添付書類: <input type="checkbox"/> 平面図 <input type="checkbox"/> 登記簿謄本 <input type="checkbox"/> 雇用契約書写し ・省略の理由:下記により提出済みのため (申請、届出の種類) (許可番号) (営業所名称) (申請等提出年月日) (提出保健所名)	

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)

TEL( ) -

福岡県知事 殿