

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777号 平成25年8月1日			
営業所の名称	□□医療機器株式会社 鹿児島営業所			
営業所の所在地	鹿児島市〇〇町1番地 △△ビル2階			
営業所の構造設備の概要	別紙のとおり			
兼営事業の種類	卸売販売業、医療機器修理業等			
(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名	島〇 齊〇、小〇 帯〇			
変更内容	事項	変更前	変更後	
	なし			
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、取消しの日から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、取消しの日から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つた後、3年を経過していない者		なし	
	(4)法、麻薬及 関する法令 その違反行為があつた日から2年を経過していない者	法人で、業務に責任を有する役員が複数の場合には「全員なし」と記載すること。 その違反行為があつた日から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			なし
	(6)精神の機能の障害により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			なし
	(7)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	販売等品目(該当するものを○で囲む。) 「コンタクト」 「プログラム (高度)」 「高度」			

許可年月日は、現有の許可の有効期間の始期年月日を記載すること。

上記により、高度管理医療機器等の ~~販売業~~ ~~貸与業~~ の許可

令和3年 8月 1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)

鹿児島市保健所長 殿

法人：登記された本店の所在地、商号及び代表者氏名を記載すること。
個人：個人の氏名・住所を記載すること。

大阪府大阪市〇区△△町1番1号

□□医療機器株式会社

代表取締役 ○〇 ○〇

連絡先 (099) 258-2321

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 営業所の構造設備の概要欄にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 4 兼営事業の種類欄には、高度管理医療機器等の販売業又は貸与業以外の業務を併せて行うときはその業務の種類を記載し、ないときは「なし」と記載すること。
- 5 変更内容欄には、第 174 条第 1 項各号に掲げる事項のうち、この更新申請書を提出する時までに変更のあった事項について、記載すること。
- 6 申請者の欠格事項の(1)欄から(7)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、あるときは、(1)及び(2)欄にあつてはその理由及び年月日を、(3)欄にあつてはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(4)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を記載すること。また、(6)欄に該当するおそれがある者については、同欄に「別紙のとおり」と記載し、当該申請者に係る精神の機能の障害に関する医師の診断書を添付すること。
- 7 備考欄には、更新後において、指定視力補正用レンズ等のみを販売等する場合にあつては「コンタクト」を、プログラム高度管理医療機器のみを販売提供等する場合にあつては「プログラム(高度)」を、前記以外の高度管理医療機器等を販売等する場合にあつては「高度」を○で囲むこと。