

販売業だけの場合は、  
『貸与業』を二重線で消  
してください

様式第八十七（第百六十条関係）

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		柏市○○一-一-一	
営業所の構造設備の概要		別紙の通り	
(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	柏市○○一-2-2	
兼営事業の種類		薬局	
申請者 (法人にあつては) 責任を有する役員を含む	(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	責任役員が複数名いるときは、「全員なし」 1名のときは「なし」と記載してください 該当する場合は、記載が異なりますので事前にご連絡ください	全員なし
	(2) 法第75条の2第1項の規定により登録された日から3年を経過していない者		全員なし
	(3) 拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行がなくなった後、3年未満の期間に法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物取締法、薬事法に関する法令で政令で定めるもと違反し、その違反行為はあつた日から3年を経過していない者		全員なし
	(4) 法第75条の2第1項の規定により登録された日から3年を経過していない者		全員なし
<p>下記に該当する場合、■と記載してください</p> <p>「高度」指定視力補正用レンズ等及びプログラム高度管理医療機器以外の高度管理医療機器等を販売等する</p> <p>「コンタクト」指定視力補正用レンズ等を販売等する</p> <p>「プログラム」プログラム高度管理医療機器を販売する</p>			
備考	<input checked="" type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> コンタクト <input type="checkbox"/> プログラム <b>許可希望日 令和〇年〇月〇日</b> <b>開設者変更 (柏保第〇〇号)</b>		

備

許可希望日がある場合は、日付を記載してください

考

高度 コンタクト プログラム  
**許可希望日 令和〇年〇月〇日**  
**開設者変更 (柏保第〇〇号)**

上記により、高度管理医療機器等の販売業の許可を申請します。

令和〇年〇月〇日

販売業だけの場合は、  
『貸与業』を二重線で消  
してください

全くの新規申請でない場合  
(移転、申請者変更等)  
「項目と開設中の営業所の許可番号」を記載してください

住所

柏市○○一-一-一

株式会社○○

氏名 代表取締役 ○○ ○○

柏市長

様

担当者氏名 ○○○○

電話番号 ○○○○

(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、当該営業所において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 申請者の欠格条項の(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。
- 6 備考欄には、指定視力補正用レンズのみを販売等する場合にあつては「コンタクト」と、指定視力補正用レンズ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」と記載すること。