

どちらか一方の時は、不要な文字を消してください。

記載例

販売業
高度管理医療機器等 ~~貸与業~~ 許可申請書

営業所の名称		〇〇メガネ株式会社 町田店	
営業所の所在地		町田市原町田〇丁目〇番〇号 Tel 042 (722) 67XX	
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名		町田 花子、町田 一郎	
管理者	氏名	町田 太郎	資格 施行規則 第162条第 項第 号
	住所	町田市森野2-△-〇〇	資格に該当する条文の号数をご記入ください。
兼営事業の種類		(薬事に関する業務をご記入ください。なければ、なし とご記入ください。)	
申請者に責任を有する役員を含む。(法人にあつては、薬事に関する業務)	(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	全員なし
	(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	全員なし
	(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	全員なし
	(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	全員なし
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	全員なし
	(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って必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者	全員なし
	(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	全員なし
備考		「コンタクト」 「高度」 「プログラム」	

当該事実がある場合は、事前にご相談ください。

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。

どちらか一方の時は、不要な文字を消してください。

年月日
手続きされる際に窓口でご記入ください。

住所
(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

東京都町田市森野二丁目〇番〇号

氏名
(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

〇〇メガネ株式会社
代表取締役 町田 花子

町田市保健所長 殿

担当者名・電話番号をご記入ください。

担当者名 町田 太郎
電話番号 042(722)67XX