

販売業
~~貸与業~~

高度管理医療機器等
許可更新申請書

許可証の業態名に合わせて不要な文字を消してください。

現在の許可証の許可番号・有効期間の開始日をご記入ください。

許可番号及び年月日		第○○○○○○○○○○○○○○○○号 ○○○○年○○月○○日	
営業所の名称		○○メガネ株式会社 町田店	
営業所の所在地		町田市 中町△丁目△番△号 2階 Tel 042 (×××) ××××	
営業所の構造設備の概要		従来のとおり	
兼営事業の種類		なし	
(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		町田 花子、町田 一郎	
変更内容	事項	変更前	変更後
申請者(法人にあつては、薬事に関する役員を含む。)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)	指定視力補正用レンズ等の製造販売業の許可を受けず、指定視力補正用レンズ等の製造販売を行う者	なし
	(4)	指定視力補正用レンズ等の製造販売業の許可を受けず、指定視力補正用レンズ等の製造販売を行う者	なし
	(5)	指定視力補正用レンズ等の製造販売業の許可を受けず、指定視力補正用レンズ等の製造販売を行う者	なし
	(6)	指定視力補正用レンズ等の製造販売業の許可を受けず、指定視力補正用レンズ等の製造販売を行う者	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	なし
備		「コンタクト」 「高度」 「プログラム」 取扱品目を選択してください。 ① 指定視力補正用レンズ等のみ:「コンタクト」 ② プログラム高度管理医療機器のみ:「プログラム」 ③ 指定視力補正用レンズ及びプログラム高度管理医療機器のみ:「コンタクト」「プログラム」 ④ 前期①②③以外:「高度」	

上記により、高度管理医療機器等の ~~貸与業~~ 販売業 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)

東京都町田市森野○丁目○番○号
7階705番

氏 名
(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

株式会社○○薬品
代表取締役 町田 花子

町田市保健所長 殿

電話番号 090 (××××) ××××
担当者名 町田太郎