　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬１－４号

様式第八十七　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜記入例＞

販売業

貸与業

高度管理医療機器等　　 　　　　　許可申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 営業所の名称 | | | 販売業のみの場合は貸与業  貸与業のみの場合は販売業  ○○株式会社○○支店 | | | | |
| 営業所の所在地 | | | 〒○○○-○○○○  福岡市○○区○○　○丁目○番○号　○○ビル１階  　　 (TEL ○○○-○○○○) | | | | |
| 営業所の構造設備の概要 | | | 別紙のとおり | | | | |
| （法人にあっては）  薬事に関する業務に  責任を有する役員の氏名 | | | 博多　太郎、福岡　花子 | | | | |
| 管理者 | | 氏　名 | 博多　太郎 | | 資　格 | 規則第162条第１項第１号 | |
| 住　所 | 〒○○○-○○○○  管理者の資格種別を  記入。  　福岡市○○区○○　○丁目○番○号 | | | | |
| 兼営事業の種類 | | | 別紙のとおり | | | | |
| 申請者（法人にあっては、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 | | | | | | 役員全員なし |
| (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 | | | | | | 役員全員なし |
| (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 | | | | | | 役員全員なし |
| (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、その違反行為があった日から２年を経過していない者  個人の場合は｢なし｣と記入。  当該事実がある時は、そのいずれかに該当するか及びその理由等を記入。 | | | | | | 役員全員なし |
| (5)麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者 | | | | | | 役員全員なし |
| (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 | | | | | | 役員全員なし |
| (7)高度管理医療機器等の販売業者等の開設者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 | | | | | | 役員全員なし |
| 備　　　　考 | | | （主な取扱品目） | 自己検査用グルコース測定器、高度 | | | |
| １　省略する添付書類：履歴事項全部証明書  ２　省略の理由：下記により提出済のため。  （申請、届出の種類）高度管理医療機器等販売業許可申請（許可番号）○○○○○○○  （店舗名称）○○株式会社○○支店　（店舗所在地の区）東 博 中 南 城 早 西  （提出年月日）令和○○年○○月○○日 | | | | |

販売業

貸与業

上記により、高度管理医療機器等の　　　　 の許可を申請します。

法人の場合、登記事項証明書どおりに記入。

販売業のみの場合は貸与業

貸与業のみの場合は販売業

　　令和○○年○○月○○日

　　　　　　　　　　　住　所　○○県○○市○○区○○　○丁目○番○号

窓口に申請する

年月日を記入。

(法人にあっては、

主たる事務所の所在地)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ＴＥＬ○○-○○○○-○○○○）

ふりがな

　　　　　　　　　　　氏　名 　○○株式会社　代表取締役　　博多　太郎

個人の場合、

申請者の氏名を記入。

〈法人にあっては、

　名称及び代表者の氏名）

【連絡先：○○○-○○○○　　　担当者名：○○○○○○○　】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請手数料領収済  　 年　 　月　 　日  　　　　　　　　円  　　　　　　　　印 | コード番号  （　　　　　　　）  領収番号  （　　　　　　　） | 許可証  年　 月　 日　　交付 | 受領印 |

福岡市保健所長　様

※営業所の平面図を記載（貼付）すること。　　　　　　　　　　　　　　　　　【申請書別紙：構造設備】

高度管理医療機器等倉庫、事務等を記載し、その中の医療機器棚等の位置を明示。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 営業所の総面積 |  | m2 |
| うち倉庫面積 |  | m2 |

高度管理医療機器等倉庫を設置する場合は、その面積を記入。