

販売業 貸与業 許可申請書
高度管理医療機器等

営業所の名称	〇〇株式会社〇〇支店		販売業のみの場合は貸与業 貸与業のみの場合は販売業
営業所の所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 福岡市〇〇区〇〇 〇丁目〇番〇号 〇〇ビル1階 (TEL 〇〇〇-〇〇〇〇)		
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	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 福岡市〇〇区〇〇 〇丁目〇番〇号	
兼営事業の種類	別紙のとおり		
申請者(法人にあっては、 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	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) 〇〇〇〇〇〇 (店舗名称) 〇〇株式会社〇〇支店 (提出年月日) 令和〇〇年〇〇月〇〇日 (提出保健所名) 福岡市〇〇保健所		

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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

窓口に申請する
年月日を記入。

住所 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇 〇丁目〇番〇号
(法人にあっては、
主たる事務所の所在地)

(TEL 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)

ふりがな

氏名 〇〇株式会社 代表取締役 博多 太郎
(法人にあっては、
名称及び代表者の氏名)

個人の場合、
申請者の氏名を記入。

提出保健所名を記入。

【連絡先：〇〇〇-〇〇〇〇 担当者名：〇〇〇〇〇〇】

福岡市〇〇保健所長 様

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

※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。

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。

営業所の総面積		m ²
うち倉庫面積		m ²