

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		
営業所の所在地		
営業所の構造設備の概要		別紙のとおり ・ 該当なし（高度管理医療機器プログラムのみ）
管理者	氏名	
	住所	
兼営事業の種類		薬局、医薬品販売業、医薬品等製造販売業、医薬品等製造業、医療機器修理業、毒物劇物販売業、医薬部外品販売業、化粧品販売業、（ ）
行 申 う 請 役 者 （ 法 人 に あ つ て は 、 そ の 業 務 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たこと	
	(2) 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消されたこと	
	(3) 禁錮以上の刑に処せられたこと	
	(4) 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たこと	
	(5) 後見開始の審判を受けていること	
備 考	管理者の資格： ・ 施行規則第162条第1項第1号に該当 ・ 施行規則第162条第2項第1号に該当 ・ 施行規則第162条第3項第1号に該当 ・ 施行規則第162条第4項第1号に該当 ・ 施行規則第162条第1項第2号、同条第2項第2号、同条第3項第2号の場合、厚生労働大臣が前号に掲げる者と同等以上の知識及び経験を有すると認められた者に該当	

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。

平成 年 月 日

住所

[法人にあっては、主たる事務所の所在地]

氏名

[法人にあっては、名称及び代表者の氏名]

印

いわき市長 殿

担当者氏名
連絡先TEL
連絡先FAX