

高度管理医療機器等 販売業 貸与業 許可申請書

営業所の名称		福祉保健販売株式会社新宿営業所	
営業所の所在地		〒163-0842 東京都新宿区西新宿2-8-1 △△ビル	
営業所の構造設備の概要		別紙のとおり	
管理者	氏名	○山口男	資格 規則第162条第1項第1号
	住所	東京都新宿区百人町3-24-1 △△アパート102号室	
兼営事業の種類		医薬品卸売販売業	
申請者(法人にあつては、その業務を行う役員を含む)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たこと	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たこと	全員なし
	(3)	禁錮以上の刑に処せられたこと	全員なし
	(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	全員なし
	(5)	後見開始の審判を受けていること	全員なし
備考		「コンタクト」 <input type="checkbox"/> 「高度」 <input checked="" type="checkbox"/> 「プログラム」 <input type="checkbox"/>	

所在地はビル名まで記載します。

資格に該当する条文の項及び号数を記します。

管理者が居住している場所を記載します。

該当がなければ、それぞれ「なし」と記載してください。法人で業務を行う役員が複数いる場合は、「全員なし」と記載してください。

高度管理医療機器のうち取り扱う品目に応じて、次に掲げる事項を「備考欄」に記載してください。

(7) 指定視力補正用レンズ等のみを販売等する場合：「コンタクト」

(イ) プログラム高度管理医療機器のみを販売提供等する場合：「プログラム」

(ウ) 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を販売提供等する場合：「コンタクト」「プログラム」

(エ) 前記(7)、(イ)及び(ウ)以外の場合：「高度」

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。

年 月 日 ← 新規の手続をされる際に窓口で記載してください。

住所 東京都大田区丸の内3-2-1  
〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕

開設者住所・氏名を記載してください。

氏名 福祉保健販売株式会社  
〔法人にあつては、名称及び代表者の氏名〕 代表取締役 △川 ○男

代表者印を押印してください。

東京都知事 殿

東京都 連絡先・担当者氏名を記載してください → 電話番号 ○○ (○○○○) ○○○○  
担当者名 東京 太郎

## 高度管理医療機器等販売業・貸与業許可申請書 注意書

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 営業所の構造設備の概要欄にその記載事項のすべてを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 4 管理者の資格欄には法第39条の2の規定により高度管理医療機器等の販売等を実地に管理するものが第162条第1項各号又は第2項各号のいずれに該当するかを記載すること。
- 5 兼営事業の種類欄には、当該営業所において高度管理医療機器等の販売業又は貸与業以外の業務を併せて行うときはその業務の種類を記載し、ないときは「なし」と記載すること。
- 6 申請者の欠格条項の(1)欄から(5)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、あるときは、(1)及び(2)欄にあつてはその理由及び年月日を、(3)欄にあつてはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた場合はその年月日を、(4)欄にあつてはその違反の事実及び年月日を、(5)欄にあつては「ある」と記載すること。
- 7 備考欄には、指定視力補正用レンズのみを販売等する場合にあつては「コンタクト」と、プログラム高度管理医療機器のみを販売提供等する場合にあつては「プログラム」と、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を販売提供等する場合にあつては「コンタクト・プログラム」と、前記以外の場合にあつては「高度」と記載すること。