様式第八十七（第百六十条関係）

販売業

貸与業

高度管理医療機器等　　　　　許可申請書

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな営業所の名称 |  |
| 営業所の所在地 | 〒　　－　　 TEL（ ） － 　FAX（ ） －  |
| 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 |  |
| 管理者 | ふりがな氏名 | 年　　月　　日生 |
| 住所 | 〒　　－　　　　 |
| 資格 | 基礎講習修了（　区分なし・高度・コンタクト・プログラム　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 兼営事業の種類 |  |
| 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  |  |
| (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  |  |
| (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  |  |
| (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  |  |
| (5) | 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者  |  |
| (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  |  |
| (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  |  |
| 備考 | 取扱品目□高度　□コンタクト　□プログラム（高度） |

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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所 | 法人にあっては、主たる事務所の所在地 | TEL（ ） － 　FAX（ ） － 〒 －  |
| 氏名 | 法人にあっては、名称及び代表者の氏名 |  |  |

 　　年　 　月 　　日

熊本市保健所長　様

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所長 | 課長 | 副課長 | 主査 | 課 | 員 | 起案 　　 年 月 日　この申請について、許可証を交付してよろしいか。許可年月日　　　 年 月 日許可番号　　第　　　　　　号 |
|  |  |  |  |  |  |
| 受領印 | 受付印 | 決裁印 |
| 手数料　29,200円 |  |  |
|  |

□平面図　□登記事項証明書（法人である場合）　□診断書（(6)該当時）　□使用関係を証する書類

□資格を証する書類（原則原本と写し持参※開設者の原本証明記載のある写し可）

（注意）

1. 販売業・貸与業のうち、該当しない業種があれば、二重線で削除すること。
2. 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。

も記載すること。

1. 申請者の欠格条項の(1)欄から(7)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)欄及び(2)欄にあってはその理由及び年月日を、(3)欄にあってはその罪、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った場合はその年月日を、(4)欄に　あってはその違反の事実及び違反した年月日を記載すること。また、(6)欄に該当するおそれが　ある者については、同欄に「別紙のとおり」と記載し、当該申請者に係る精神の機能の障害に関する医師の診断書を添付すること。
2. 備考欄の該当する項目の□に、✔を付すこと。
3. 保健所の受付印が必要な場合は写しを別途準備すること。