

高度管理医療機器等 販売業 貸業 許可申請書

営業所の名称			
営業所の所在地		〒 Fax	
営業所の構造設備の概要			
管 理 者	氏 名		資 格
	住 所		
兼 営 事 業 の 種 類			
申 請 者 （ 法 人 に あ っ 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		
	(2)禁錮以上の刑に処せられたこと		
	(3)薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと		
	(4)後見開始の審判を受けていること		
備 考			

上記により、高度管理医療機器等の 販売業 貸業 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

(あて先) 札幌市保健所長

手数料	領収印
32,500円	

連絡先： 電話

担当者