

該当するものを選択

高度管理医療機器等 ~~貸業~~ 販売業 許可申請書

営業所の名称		××メディカル株式会社 札幌支店	
営業所の所在地		〒△△△-〇〇×× 札幌市**区××条△丁目□-□ 〇〇ビル1階 Tel.〇〇〇-×××× Fax〇〇〇-×××△	
営業所の構造設備の概要		別紙のとおり	
管理者	氏名	○山 ○男	資格 薬事法施行規則第16条第1項第○号
	住所	札幌市**区×△条○丁目□-□	
兼営事業の種類		医療機器修理業	
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	全員なし	
	(2)禁錮以上の刑に処せられたこと	全員なし	
	(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	全員なし	
	(4)後見開始の審判を受けていること	全員なし	
備考		高度	

該当する資格の種類を記載

高度管理医療機器等販売業・貸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

該当がなければ、それぞれ「なし」と記載(法人で役員が複数の場合「全員なし」と記載) 該当する事実がある時は、次のように記載 (1)には、その理由及び年月日 (2)には、その罪、刑及び刑の確定年月日 (3)には、その違反の事実及び年月日 (4)には、「ある」

指定視力補正用レンズ等のみ販売する場合は「コンタクト」、指定視力補正用レンズ等以外の高度管理医療機器等を販売する場合は「高度」と記載

上記により、高度管理医療機器等の ~~貸業~~ 販売業 の許可を申請します。

平成 年 月 日

該当するものを選択

捨印

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地) 東京都〇〇区××△-□-□

法人の場合は代表印を押印

氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名) ××メディカル株式会社

欄外に捨印を押印

代表取締役 ○藤 ○夫 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 000-0000

担当者 ○○