

販売業のみの場合は、「販売業」に、貸与業のみの場合は、「貸与業」に○をつける。

記載例

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		株式会社〇〇 〇〇支店	
営業所の所在地		山形市城南町一丁目1番1号	
営業所の構造設備の概要		別紙のとおり	
(法人にあつては) 薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名		〇〇 〇〇、△△ △△	
管理者	氏名	□□ □□	
	住所	山形市□町・・・	
兼営事業の種類		「なし」の場合は、なし 「あり」の場合は、薬局、店舗販売業、毒物劇物販売業等 薬事に係る業態を記載	
申請者(法人にあつては、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、取消の日から3年を経過していない者	全員なし	欠格条項に該当無い場合は「なし」と記載。 法人で責任役員が複数の場合は、「全員なし」と記載。
	(2) 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消され、取消の日から3年を経過していない者	全員なし	
	(3) 拘禁刑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つた後、3年を経過していない者	全員なし	
	(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、その違反行為があつた日から2年を経過していない者	全員なし	
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	全員なし	(6)に該当するおそれがある場合、該当者に係る診断書を添付してください。
	(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つて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者	全員なし	
	(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	全員なし	
備考		取扱品目 ☒ コンタクト ☐ プログラム ☒ 高度 許可希望日 年 月 日 注意6を確認の上、記載してください。	

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。

希望日あれば記載してください。

年 月 日

提出日を記載してください。

住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

山形市城南町一丁目1番1号

氏名(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

株式会社〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇

(あて先) 山形市保健所長

個人：個人の住所及び氏名

法人：登記された所在地・名称・代表者氏名

連絡(担当)者名：やまがた べに 連絡先 TEL：080-0000-XXXX

ご担当者の氏名と連絡先を記載してください。

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 営業所の構造設備の概要欄にその記載事項の全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 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。
- 5 申請者の欠格事項の(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。
- 6 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。