

高度管理医療機器等 販売業 貸与業 許可申請書

「販売業」のみ行う場合は「貸与業」を二重取消し線で消去する。

営業所の名称		□□□コンタクトレンズ	
営業所の所在地		浜松市〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号	
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	〇〇〇〇	資格 講習修了者
	住所	浜松市〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号	
兼営事業の種類		眼鏡、時計、宝石販売	
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、取消しの日から 3 年を経過していない者	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、取消しの日から 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) 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ふことができない者	全員なし	
	(7) 高度管理医療機器等を行うこと	「〃」は不可 全員なし	
備考		取扱医療機器：高度・特定保守・設置管理・ <u>コンタクト</u> ・非視力補正用コンタクト・プログラム高度 (主な取扱医療機器： <u>コンタクトレンズ</u>) 電話番号：053-〇〇〇-〇〇〇〇 FAX 番号：053-〇〇〇-〇〇〇〇	

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。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）
浜松市〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）
株式会社〇〇〇〇
代表取締役 〇〇〇〇

（あて先）浜松市保健所長

(添付書類等)

- 1 営業所の付近の見取図
- 2 営業所の平面図 (寸法、換気設備、陳列・保管場所 等を明記すること。)
(営業所以外に保管場所を有する場合は、その平面図と営業所との位置関係を示す見取図。)
(高度管理医療機器プログラムのみを扱う営業所は提出不要)
- 3 登記事項証明書 (法人の場合、6 か月以内のもの。)
- 4 組織規定図又は業務分掌表 等 (法人の場合、責任を有する役員を確定すること。)
- 5 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 管理者の資格を証する書類の写し (原本も持参すること。)
- 7 管理者の雇用・使用関係を証する書類 (申請者以外が管理者である場合)
- 8 手数料 (¥29,000)

薬局等構造設備規則 (抜粋)

第4条 医療機器販売業及び貸与業の営業所の構造設備の基準は、次のとおりとする。

- 一 採光、照明及び換気が適切であり、かつ、清潔であること。
- 二 常時居住する場所及び不潔な場所から明確に区別されていること。
- 三 取扱品目を衛生的に、かつ、安全に貯蔵するために必要な設備を有すること。