

高度管理医療機器等 **販売業** 貸与業 許可更新

年月日は許可証にある有効期間の開始日を記入してください。

許可番号及び年月日		第M●●●●●号 ●●年●●月●●日	
営業所の名称		株式会社仙台市役所 東北支店	
営業所の所在地		〒 980 - 8671 仙台市 青葉 区 国分町三丁目 7-1 仙台市役所本庁舎 6 階 TEL 022 (214) 8085 FAX022 (211) 1915	
営業所の構造設備の概要		従前のおり	
兼営事業の種類		別紙[2]のおり	
(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		代表取締役 仙台太郎 取締役 青葉 薫 <input type="checkbox"/> 個人申請のためなし	
変更内容	事項	変更前	変更後
務申請者(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。)	(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	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	なし
	(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つた後、3年を経過していない者	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	なし
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	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うことができない者	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	なし
備考	取扱品目：別紙[2]のおり		

上記により、高度管理医療機器等の **販売業** の許可の更新を申請します。

●●年●●月●●日

郵送提出の場合→発送年月日

窓口提出の場合→提出年月日

(あて先) 仙台市保健所長

仙台市青葉区国分町三丁目 7-1
株式会社仙台市役所
代表取締役 仙台太郎

TEL 022 (214) 8085

連絡(担当)者名 青葉 薫 連絡先 TEL 022-214-8085

(注意)

- 1 許可証を添付すること。
- 2 用紙は、A4とすること。

届出内容について分かる方のお名前と連絡先をお願いします。

内容について問い合わせる場合があります。

3 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。

4 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っ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。

許可番号	M●●●●●	営業所の名称	株式会社仙台市役所 東北支店	記入年月日	●●年●●月●●日
業種	1. 販売業 2. 貸与業				
営業内容 (参考)	(↓該当する項目にレ点をつけること)				
	販売業	<input checked="" type="checkbox"/> 現物を取扱う(試用サンプル含む) <input type="checkbox"/> サンプル掲示のみ行う <input type="checkbox"/> 現物は取り扱わない(伝票販売) <input type="checkbox"/> 販売実績なし			
		販売先	<input checked="" type="checkbox"/> 個人ユーザー <input type="checkbox"/> 医療機関(医科) <input type="checkbox"/> 医療機関(歯科) <input type="checkbox"/> 医療機関(薬局) <input type="checkbox"/> 福祉施設 <input type="checkbox"/> 許可業者 <input type="checkbox"/> その他()		
	貸与業	<input type="checkbox"/> 現物を保管管理する <input type="checkbox"/> 現物は取り扱わない <input type="checkbox"/> 貸与実績なし			
		貸与先	<input type="checkbox"/> 個人ユーザー <input type="checkbox"/> 医療機関(医科) <input type="checkbox"/> 医療機関(歯科) <input type="checkbox"/> 医療機関(薬局) <input type="checkbox"/> 福祉施設 <input type="checkbox"/> 許可業者 <input type="checkbox"/> その他()		
	中古品	<input checked="" type="checkbox"/> 中古品は取り扱わない		<input type="checkbox"/> 中古品を取扱う	
	冷所品	<input checked="" type="checkbox"/> 冷所品は取り扱わない		<input type="checkbox"/> 冷所品を取扱う	
主な取扱品目: 血糖測定器、ペースメーカー、X線装置					
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> 一般名称で記載してください。 </div>					
管理者	氏名	広瀬川 清美			
	住所	仙台市太白区長町南三丁目1-15			
取扱品目	(↓取扱う品目にレ点をつけること)				
	<input type="checkbox"/> コンタクトレンズ		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 管理者の資格 裏面の該当する資格にレ点をつけること </div>		
	<input type="checkbox"/> プログラム高度管理医療機器				
	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の高度管理医療機器				
<input checked="" type="checkbox"/> 特定保守管理医療機器					
兼営事業の種類 (↓行っている)					
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> 高度管理医療機器の許可を 持っている場合は、<input checked="" type="checkbox"/>お願いします </div>					
<input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 医薬品店舗販売業 <input type="checkbox"/> 医薬品卸売販売業 <input checked="" type="checkbox"/> 管理医療機器 販売業 ・貸与業) <input checked="" type="checkbox"/> 一般医療機器 販売業 ・貸与業) <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品製造販売業 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品製造業		<input type="checkbox"/> 毒物劇物一般販売業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物農業用品目販売業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物特定品目販売業 <input type="checkbox"/> 医療機器修理業 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし			

許可証
(原本)