

申請する業種を○で囲んでください。

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 FAX 022 (211) 1915		
営業所の構造設備の概要	別紙[1]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	代表取締役 仙台太郎 ☐ 個人申請のためなし		
管理者	氏名	別紙[2]のとおり	
	住所	別紙[2]のとおり	
兼営事業の種類	別紙[2]のとおり		
申請者に責任を有する役員(法人にあつては、薬事に関する業の欠格条項を含む。)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	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)	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った後、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

法人の場合は、責任役員全員の肩書と氏名を記載してください。
個人の場合は「個人申請のためなし」に丸をいれてください。

責任役員全員が欠格条項に該当しない場合のみ「なし」と記載してください。

許可有効期間開始日の希望がある場合は記載してください。

取扱品目：別紙[2]のとおり
・許可希望日 年

登記されている法人名、所在地を記載してください。
ビル名等は登記されていない場合記載不要です。

上記により、高度管理医療機器等の **販売業** 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] 仙台市青葉区国分町3丁目7-1

氏名 [法人にあつては、名称及び代表者の氏名] 株式会社仙台市役所
代表取締役 仙台太郎

(あて先) 仙台市保健所長

TEL 022 (214) 8085

連絡(担当)者名 青葉 薫

連絡先 TEL 022 (214) 8085

(注意)

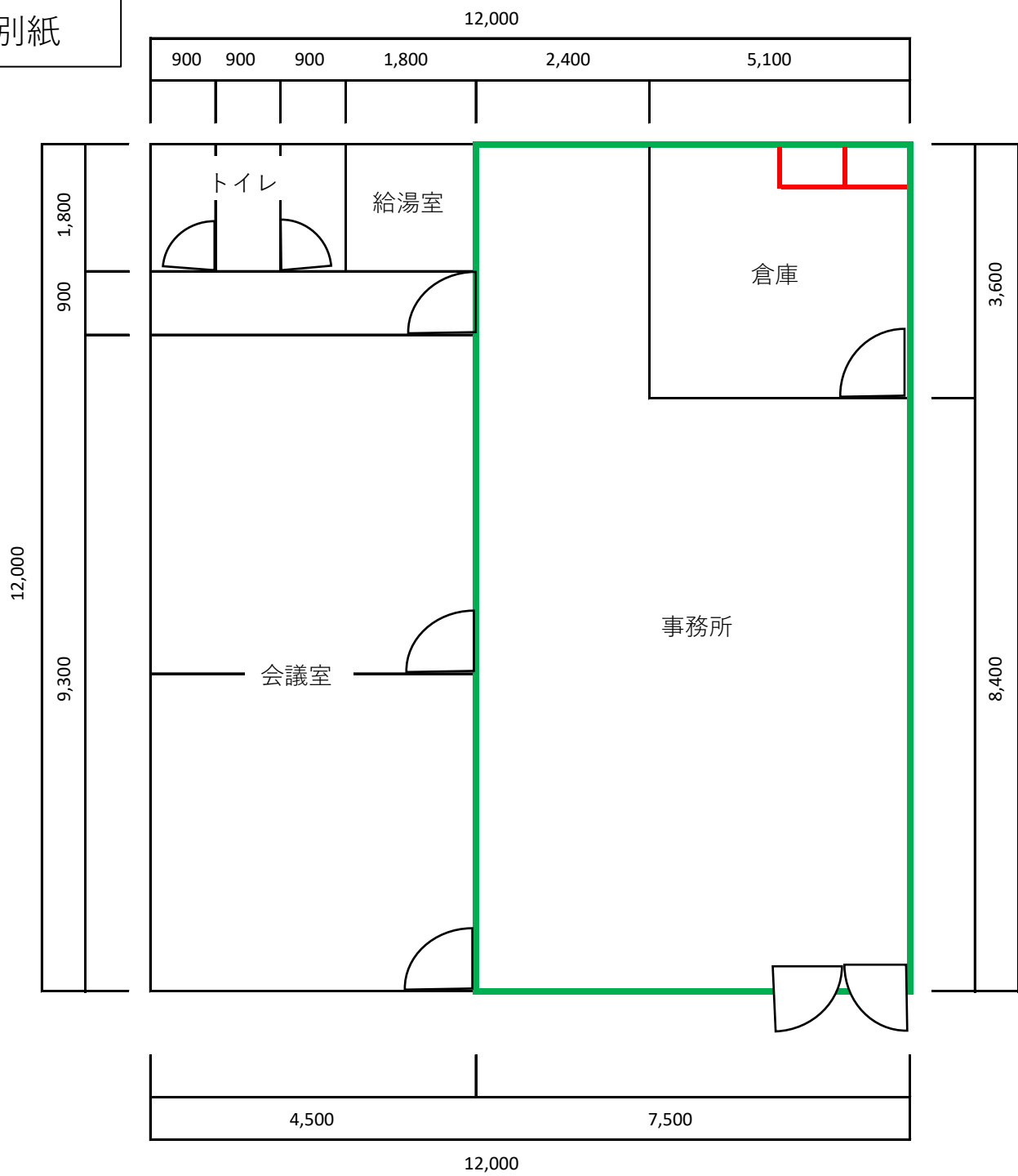
- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 申請者の欠格条項の(1)欄から(7)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、あるときは、(1)欄及び(2)欄にあつてはその理由及び年月日を、(3)欄にあつてはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(4)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を記載すること。また、(6)欄に該当するおそれがある者については、同欄に「別紙のとおり」と記載し、当該申請者に係る精神の機能の障害に関する医師の診断書を添付すること。

(高度管理医療機器等)営業所の構造設備概要 等 別紙[1]

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
建物の構造		全体の面積 <u>144.0</u> m ² (賃貸借の場合は、専有している面積) 木造・鉄筋・モルタル・() 造り <u>1</u> 階建て <u>1</u> 階使用				
営業所の総面積①+②		<u>90.0</u> m ²	営業所 (事務室及び売場等) の面積 ①		<u>90.0</u> m ²	
			①以外で医療機器を保管する場所の面積②		<u>—</u> m ²	
	材 質			換 気 の 方 法		
	床	天 井	壁			
①事務室等	タイルカーペット	化粧石膏ボード	石膏ボード	機械換気・自然換気		
②保管庫等	—	—	—	機械換気・自然換気		
※床・天井・壁の材質の例：コンクリート・石膏ボード・岩綿吸音板・フローリング・リノリウム・合板・Pタイル・長尺シート等						
保管貯蔵設備		戸棚・引き出し・ガラスケース・ロッカー・冷蔵庫 その他 ()				
材 質		プラスチック・スチール・その他()				
営業所の平面図 (別紙可。ただし、用紙の大きさはA4 もしくはA3 とすること。)						
寸法を記入し、保管貯蔵設備を赤色で図示すること。						
別紙の通り						
保管貯蔵設備の立体図 (別紙可。ただし、用紙の大きさはA4 もしくはA3 とすること。)						
寸法を記入し、保管貯蔵場所として一部を使用する場合は該当する部分を赤色で図示すること。						
		寸法 W800mm、D500mm、H800mm 2個				

※オフィスビルやショッピングセンター等のフロアの一面に営業所を設ける場合は、当該営業所の位置を明示したフロア全体図を添付してください。

別紙



(高度管理医療機器等)管理者及び兼営事業の種類等 別紙[2]裏面

管理者資格（該当する資格にレ点をつけること）	
☒	基礎講習修了者（高度管理医療機器等）
☐	基礎講習修了者（コンタクトレンズ）
☐	基礎講習修了者（プログラム高度管理医療機器）
☐	医師
☐	歯科医師
☐	薬剤師
☐	学歴要件（大学等） ※大学等で、物理学、化学、生物学、工学、情報学、金属学、電気学、機械学、薬学、医学又は歯学に関する専門の課程を修了した者
☐	学歴要件（旧制中学若しくは高校又はこれと同等以上の学校） ※旧制中学若しくは高校又はこれと同等以上の学校で、物理学、化学、生物学、工学、情報学、金属学、電気学、機械学、薬学、医学又は歯学に関する専門の課程を修了した者
☐	医療機器の修理業の責任技術者の要件を満たす者
☐	薬事法改正前の薬種商販売業許可を受けた店舗の適格者で販売業従事登録を受けた者 ※登録販売者試験合格者は該当しません。
☐	その他（ ）

※管理者資格を有することが確認できる書類の原本を持参し、写しを添付すること。

<申請者が法人の場合必要>

登記事項証明書 (原本)

原則、有効期間は、6ヶ月とします。

様式(共通-2)

使用関係証明書

●●年●●月●●日

使用者 住所 仙台市青葉区国分町三丁目 7-1
氏名 株式会社仙台市役所 代表取締役 仙台太郎

被使用者 住所 仙台市太白区長町南三丁目 1-15
氏名 広瀬川 清美

私どもは、下記条件のもとに使用関係にあることを証明します。

記

1 勤務場所の所在地及び名称

所在地: 仙台市青葉区国分町三丁目 7-1 仙台市役所本庁舎 6 階

名称: 株式会社仙台市役所 東北支店

2 勤務内容

高度管理医療機器等営業所管理者

3 勤務日及び勤務時間

月曜日～水曜日、金曜日 午前8時30分～午後5時30分

土曜日 午前8時30分午後1時30分

4 営業日及び営業時間

同上

管理者の資格を 証する書類の写し (原本持参)

用紙はA4サイズとすること。