

記入例

様式第九十（第七十八関係）

高度管理医療機器等

販売業
貸与業

不要の業態は線を引いて消す。

許可更新申請書

許可年月日は、**許可証の有効期間の開始日**を記入。

許可番号及び年月日	第〇〇〇号 令和2年1月1日		
営業所の名称	株式会社〇〇〇〇 那覇支店		
営業所の所在地	那覇市与儀〇丁目〇番〇号		
営業所の構造設備の概要	従来のとおり		
兼営事業の種類	医薬品卸売販売業（サンプル卸）		
（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	山田太郎、鈴木花子		
変更内容	事項	変更前	変更後
	変更事項があれば、担当にご相談ください。		
申請者（法人にあつては、 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	該当がなければ、それぞれ「なし」と記入。 法人で、役員が複数の場合は、「全員なし」と記入。
	(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った後、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って必要な認知、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	(担当) 〇〇〇〇 (連絡先) 000-0000-0000 担当者名と連絡先を記入。		

上記により、高度管理医療機器等の販売業貸与業の許可の更新を申請します。

年 月 日

申請日は、保健所窓口にて記入。

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 那覇市泉崎〇丁目〇番〇号

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

那覇市保健所長 宛

法人開設の場合は、登記された本社の住所、名称、代表者の氏名を記入。
個人開設の場合は、開設者個人の住所と氏名を記入。

確認事項

高度管理医療機器等営業所の管理者は、継続研修を毎年度受講することが義務付けられていますので、**更新申請時に継続研修の修了証（直近5年分）の原本を確認**します。