

様式第九十

高度管理医療機器等 販売業
貸与業 許可更新申請書

許可番号及び年月日					
営業所の名称					
営業所の所在地					
営業所の構造設備の概要	年 月 日付け				新規申請 変更届 のとおり
兼営事業の種類					
(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					
変更 内容	事 項	変 更	前	変 更	後
申請 役員 を含む。 する業務 にあつて の責任 を有す る。薬事 に 該する 項目	(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				
	(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				
	禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行				
	(3) を受けたことがなくなった後、3年を経過していない 者				
	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				
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者				
	精神の機能の障害により高度管理医療機器等の販売業 (6) 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				
	(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				
備考	年 月 日 繼続的研修受講済				

上記により、高度管理医療機器等 販売業
の許可の更新を申請します。

年 月 日

住 所 (法人にあつては、主
たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあつては、名
称及び代表者の氏名)

船橋市保健所長 あて

(担当者氏名
電話番号))