

「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。

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		第 1 1 - 〇〇号 令和〇〇年〇〇月〇〇日	
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		従来どおり	
兼営事業の種類		眼鏡販売	
(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、□□□□	
変更内容	事 項	変 更 前	変 更 後
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) 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 3 年を経過していない者	全員なし	
	(5) 麻薬、 高度管理医療機器にあつては「高度」、コンタクトレンズ(視力補正用レンズのみを販売する場合を除く)のみを販売等する場合にあつては「コンタクト」、非視力補正用レンズのみを販売する場合、非視力補正用レンズ、プログラム高度管理医療機器のみを販売等する場合にあつては、「プログラム高度」と記載する。	全員なし	
	(6) 精神の 正に行う ない者	全員なし	
	(7) 高度管 識及び経 験を有する と認められ ない者	全員なし	
備 考	コンタクト		

法人申請時には「全員なし」と記入する
個人申請時には「なし」と記入する
「〃」は不可

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

令和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】許可証、登記事項証明書の写し（コピー可 ※法人の場合）
【手 数 料】¥11,000

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 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 営業所の構造設備の概要欄にその記載事項全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 4 兼営事業の種類欄には高度管理医療機器等の販売業又は貸与業以外の業務を合わせて行うときはその業務の種類を記載し、ないときは「なし」と記載すること。
- 5 変更内容欄には、第174条第1項各号に掲げる事項のうち、この更新申請書を提出する時までに変更のあつた事項について、記載すること。
- 6 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。