

高度管理医療機器等 販売業 許可申請書
貸与業

事 項	高度管理医療機器等販売業・貸与業の許可を受けようとするとき
根拠法令	法 律 第 39 条、第 40 条 施 行 令 第 44 条、第 57 条 施 行 規 則 第 160 条 構 造 設 備 規 則 第 4 条 施 行 細 則 第 6 条
提出部数	1 部（保健福祉事務所、長野市保健所又は松本市保健所）
添付書類	<ol style="list-style-type: none"> 1. 構造設備の概要書 2. 営業所の平面図（区画、寸法、面積、設備の配置等が記載されたもの） 3. 法人にあつては、登記事項証明書（発行後6ヶ月を経過していないもの） 4. 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画定表 5. 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）の診断書（発行後概ね3ヶ月以内のもの）（法律第5条第3号へに該当するおそれがある場合のみ） 6. 管理者が施行規則第162条第1項各号に掲げる基準を満たす者であることを証する書類 7. 申請者以外の者がその営業所の管理者であるときは、雇用契約書の写しその他申請者のその営業所の管理者に対する使用関係を証する書類
手数料	保健所設置市以外：29,000円（長野県収入証紙） 保健所設置市内：29,000円（現金）
そ の 他	<ol style="list-style-type: none"> 1. 販売のみを行う営業所における許可申請にあつては、「貸与業」の箇所に二重取消線を引くこと。同様に、貸与のみを行う営業所における許可申請にあつては、「販売業」の箇所に二重取消線を引くこと。 2. 申請書の備考欄には、販売等（販売又は貸与をいう。）を行う品目を、その種類に応じて次に掲げるように記載すること。販売等を行う品目はすべて記載すること。 <ul style="list-style-type: none"> ・「コンタクト」：指定視力補正用レンズ等（施行規則第162条に規定する指定視力補正用レンズ等をいう。） ・「プログラム（高度）」：プログラム高度管理医療機器（高度管理医療機器プログラム又はこれを記録した記録媒体たる医療機器をいう。） ・「高度」：指定視力補正用レンズ等及びプログラム高度管理医療機器以外の高度管理医療機器等 3. 添付書類1及び2については、高度管理医療機器プログラムのみを取り扱う営業所にあつては、添付不要であること。

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		
営業所の所在地		〒 TEL
営業所の構造設備の概要		
(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		
管理者	氏名	
	住所	
兼営事業の種類		
申請者に責任を有する役員を含む。(法人にあつては、薬事に関する業務)	(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
	(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
	(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
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者
	(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
	(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	販売等を行う品目： <input type="checkbox"/> コンタクト <input type="checkbox"/> プログラム（高度） <input type="checkbox"/> 高度	

上記により、高度管理医療機器等の 販売業 貸与業 の許可を申請します。

年 月 日

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

住所 〒

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

氏名

長野県知事
市長

殿

構造設備の概要書

	営業所	倉庫
床の材質		
天井の材質		
壁の材質		
換気設備		
取扱品目を衛生的に、安全に貯蔵するための設備（材質、構造等）		
常時居住する場所及び不潔な場所との区別		

営業所の平面図

注) 付近の見取り図を添付すること。

薬事に関する業務に責任を有する役員

許 可 の 種 類		
許 可 番 号	第	号
薬局、店舗又は営業所の名称		
薬事に関する業務に責任を有する役員	職 務	氏 名

当社の医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に係る薬事に関する業務に責任を有する役員は上記のとおりです。

年 月 日

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)
住 所 〒

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)
氏 名

長野県知事
市長

殿

診 断 書

住 所

氏 名

年 月 日生

上記の者について、下記のとおり診断します。

精神機能の障害

明らかに該当しない 専門家による判断が必要

専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（特に、薬事に関する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るかについて具体的に）

年 月 日

病院診療所の
所在地及び名称

医 師

年 月 日

雇 用 証 明 書

下記の者を、次の条件で雇用していることを証明します。

(雇用者)

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)

記

被雇用者 住 所
氏 名

1 業 態 高度管理医療機器等販売業・貸与業の管理者

2 勤務場所 所在地
名 称

3 勤務時間 午前 時 分 ～ 午後 時 分 時間

4 休 日

5 資 格