

該当しない業態は、
取消線で消す。

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	第〇〇〇〇〇〇〇〇号 ●●年●月		
営業所の名称	株式会社△△△△ □□支店		
営業所の所在地	福岡市博多区東公園7-7		
営業所の構造設備の概要	別紙のとおり（変更がなければ、●年●月●日の許可申請書のとおりと記載する。）		
県営事業の種類 (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	薬局、毒物劇物販売業		
変更内容	事項	変更前	変更後
	営業所管理者	許可申請書に記載のとおり	筑紫 次郎 (福岡市東区…)
の 欠 格 条 項 の 申 請 者 (法 人 に あ つ て は 、 薬 事 に 関 する 役 員 を 含 む 。)	(1) 法第75条第1項の規定により許 年を経過していない者	当初の許可申請書に記載した事項が変更され、変更届を提出していない 場合は、その事項を記載し、変更後欄に現時点の内容を記載する。別紙に 記載しても可。同時に変更届を提出すること。	
	(2) 法第75条の2第1項の規定によ 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 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	欠格状況については、該当がなければ「なし」（法人の場合は、「役員 全員なし」）と記載する。当該事実 がある場合は、その理由、違反の事 実及び年月日等を記載する。	
	(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、貸与形態： <input type="checkbox"/> コンタクト <input type="checkbox"/> プログラム <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 の許可の更新を申請します。

年 月 日 干

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)

TEL() -

福岡県知事 殿

更新後に販売等する品目の□に✓
を記載する。医療機器プログラムの
電気通信回線を通じた提供のみ
を行う場合は、その旨を記載す
る。