

収入証紙 (11,000円分の  
貼付欄 奈良県収入証紙を貼付)

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

現有許可証に記載された  
許可番号及び許可有効期  
間の開始年月日を記載

許可番号及び年月日	第	号	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					
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					
責任役員の氏名を記載して下さい。					
変更内容	事項	変更前	変更後		
	変更届出済みの場合は、事項欄に「届出済」と記載。 ※変更内容については、別途変更届の提出が必要です。				
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) から (7)		ない場合は『なし』(法人の場合は、『全員なし』)と記載		
	備考				
区分【 コンタクト ・ プログラム ・ 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

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

取扱品目の該当区分を  
 で囲む

奈良県知事 殿