

収入証紙  
貼付欄

捨印

様式第八十七

高度管理医療機器等 販売業 許可申請書  
賃貸業

営業所の名称		
営業所の所在地		
営業所の構造設備の概要		別紙のとおり
管理者	氏名	
	住所	
兼営事業の種類		
申請者(法人にあつては その業務を行なう役員を 含む)の欠格事項	(1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消されたこと	
	(2) 禁錮以上の刑に処せられたこと	
	(3) 薬事に関する法令又はこれに基づき処分を受けたこと	
	(4) 後見開始の審判を受けていること	
備考	①申請理由【新規・移転・相続・合併・業態変更・ 仮店舗( 年 月まで営業予定)】 ②省略書類【有(下記※のとおり)・無】 (※ 登記事項証明書・組織規定図・資格を証する書類・ 使用関係を証する書類は、平成 年 月、 許可番号 に係る 許可申請・変更届 に添付済みの ため省略)	

上記により、高度管理医療機器等の販売業 賃貸業 の許可を申請します。

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)

年 月 日生

TEL ( ) -

奈良県知事

殿

印

【共通様式 1】

## 店 舗 平 面 図



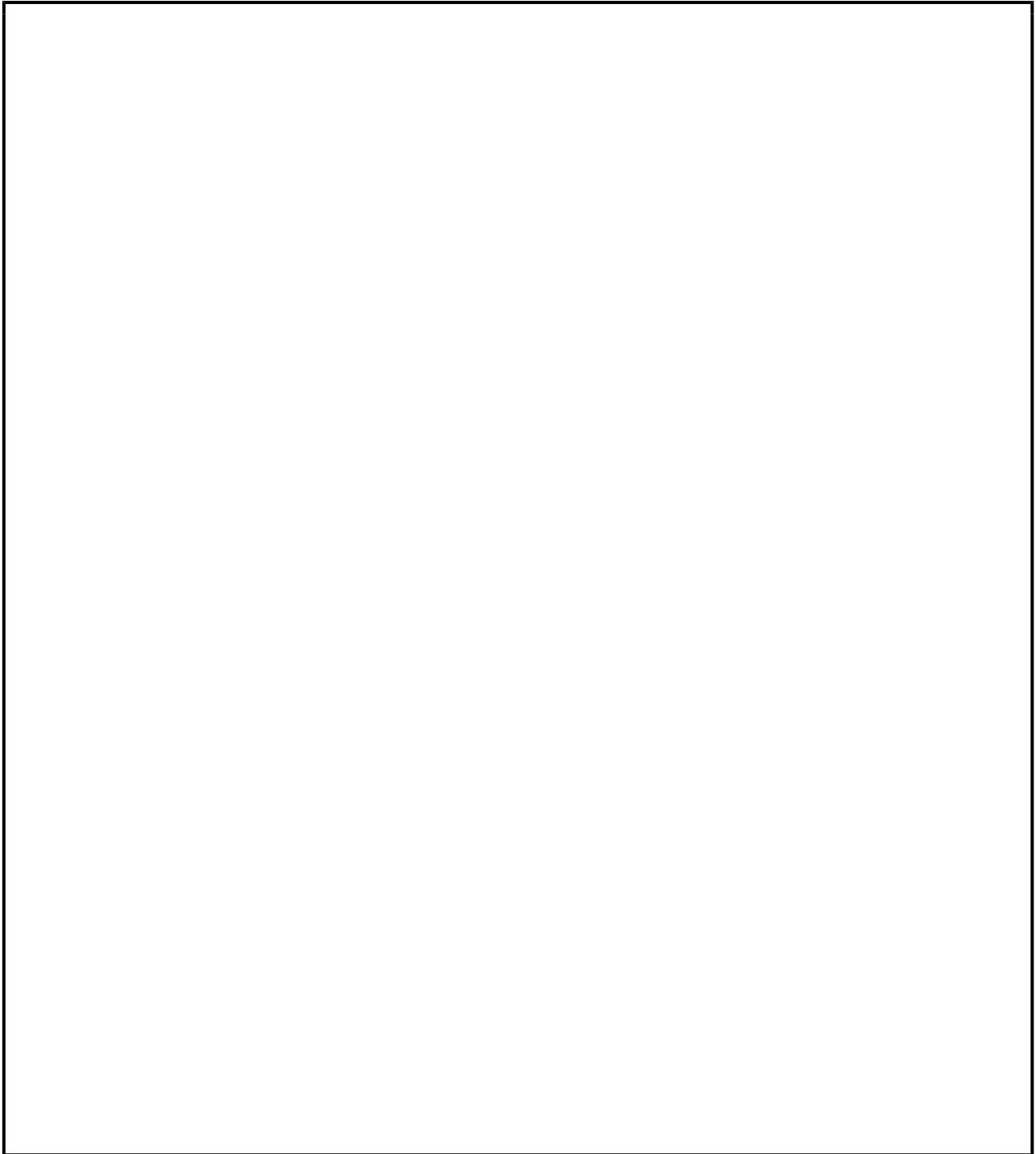
【設 備】 1. 採 光	蛍光灯	W	個、電 灯	W	個
2. 鍵の設備	縦	cm×横	cm×奥行	cm	
3. 冷 暗 所	縦	cm×横	cm×奥行	cm	
4. 毒物劇物貯蔵設備の構造	材質	-----			
	縦	cm×横	cm×奥行	cm	

(記載上の注意)

- 1 申請店舗について、調剤室、医薬品・医療機器・毒物劇物等、当該店舗で取り扱う商品の陳列保管場所、施錠箇所、冷暗保存設備の設置位置を明示すること。  
なお調剤室内は、冷暗貯蔵設備、調剤台、毒薬庫、給排水設備等必要な設備を記入すること。
- 2 面積算定ができるよう、内のり寸法をメートル単位で記入する。
- 3 記載に代えて別紙を添付する場合は、A4又はA3の用紙とすること。

【共通様式 2】

## 店舗敷地内の建物の配置図



(記載上の注意)

1 店舗と同一敷地内にある全ての建物（住居、店舗等）、敷地に接する公道、駐車場及び方角を記入すること。

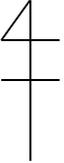
（例：店舗が建物の一画の場合は、その建物全体の見取図を書くこと。）

2 建物が高層の場合は、店舗の所在階数を明記し、同一フロアについて記入すること。

3 記載に代えて別紙を添付する場合は、A 4 又は A 3 の用紙とすること。

【共通様式 3】

店舗の所在地略図（付近見取図）

所在地	
店舗の電話番号	(            )            —
その他の連絡方法	
<p>N</p> 	

（記載上の注意）

- 1 最寄り駅、幹線道路等からの詳細な経路が分かるよう記入すること。
- 2 店舗駐車場がある場合は、併せて記入すること。
- 3 記載に代えて別紙を添付する場合は、A 4 又は A 3 の用紙とすること。

【共通様式4】

診 断 書

氏 名		性 別	男・女
生年月日	大正 昭和 年 月 日	年 令	才
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1. 精神機能の障害（□にチェックを付けて下さい）</p> <p><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p><input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>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（できるだけ具体的に記載して下さい。（注1））</p> </div> <p>2. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒者でない。</p>			
診断年月日	平成 年 月 日		
<p>病院、診療所又は介護老人保健施設等の</p> <p>名 称</p> <p>所在地</p> <p style="text-align: center;">T e l ( ) (注2)</p> <p>医師の氏名 印</p>			

（記載上の注意）

- 1 精神機能の障害の程度・内容により、許可（登録、免許、指定、届出）された業務を行うにあたって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができるかを、専門家の意見を聞いて判断しますので具体的にお書き下さい。
- 2 必要に応じて、診断書を作成した医師から精神機能の障害の程度・内容をお聞きする場合がありますので、電話番号は必ず記載して下さい。

## 組織規定図

当社の組織規定図は、上記のとおりであり、当該許可に係る業務を行う役員は、



の者であることを証明します。

平成 年 月 日

法人の主たる事務所の所在地

法人の名称及び代表者の氏名

印

奈良県知事 殿

(記載上の注意)

- ・ 登記事項証明書に記載されている取締役役員全員を記載し、代表取締役及び当該申請に係る業務を担当する役員については、 でその役職及び氏名を囲み明示すること。
- ・ 登記された法人代表者印を押印すること。

【共通様式 7】

使 用 関 係 を 証 す る 書 類

事業主 住所

氏名

印

従事者 住所

氏名

印

1 期 間 平成 年 月 日から

2 勤務方法

① 時間 時 分から 時 分まで

② 休日

3 給 与 月額  
時給 円

4 業 務 管理薬剤師・勤務薬剤師・毒物劇物取扱責任者・医療機器営業管理者

5 その他

平成 年 月 日

(記載上の注意)

- 1 法人にあっては、登記された法人代表者印を押印すること。

【共通様式 6】

## 誓 約 書

私は、下記の者が薬事法（昭和35年法律第145号）第5条第3号イ～ホに該当しないことを誓約します。

平成 年 月 日

法人の主たる事務所の所在地

法人の名称及び代表者の氏名

印

奈良県知事

殿

記

業務役員の住所

業務役員の氏名

(生年月日 年 月 日生)

業務役員の住所

業務役員の氏名

(生年月日 年 月 日生)

業務役員の住所

業務役員の氏名

(生年月日 年 月 日生)

(記載上の注意)

- 1 当該申請店舗において実地に業務を行う役員については、この誓約書を提出しても無効であり、診断書が必要である。
- 2 登記された法人代表者印を押印すること。