

様式第九（第十九条、第百十四条の二、第百三十七条の二関係）

医 療 機 器 製 造 販 売 業 許 可 申 請 書

主たる機能を有する事務所の名称		都庁メディカル株式会社	
主たる機能を有する事務所の所在地		東京都新宿区西新宿X-Y-Z	
許可の種類		第一種医療機器製造販売業	
(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		健康 一	
総括製造販売責任者 (総括製造販売責任者補佐 薬剤師を置く場合にあつては、その者を含む。)	氏 名	東京 太郎	資格 医薬品医療機器等法 施行規則第114条の49 第1項第1号
	住 所	東京都港区港南〇—〇—〇	
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	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	なし	
	(3) 拘禁刑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	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2年を経過していない者	なし	
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	なし	
	(6) 精神の機能の障害により製造販売業者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	なし	
	(7) 製造販売業者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	なし	
備考			

許可を取得しようとする
事務所名称および所在地。
登記と一致する必要はありません。所在地にはビル名があればビル名も記載してください。

責任役員が1名
であれば「なし」
複数名であれば
「全員なし」

法人の場合は登記上の本店住所、
商号および代表者名(氏名)を登
記事項証明書のとおりに記載して
ください。

上記により、 医 療 機 器 の製造販売業の許可を申請します。

令和 年 月 日

住 所 東京都中央区●●一丁目2番3号

氏 名 都庁メディカル株式会社
代表取締役 健康 一

東京都知事 ○○ ○○ 殿

申請日時点での東京都知事名

提出書類についての問い合わせ先

担当者：薬事部 東京太郎
連絡先：03-XXXX-XXXX
業者コード：000000-001

事業所に割り当てられたコード
(法人としてのコード(-000)ではありません。)