

医療機器修理業許可更新申請書

許可証左上に記載されている許可番号および有効期間の開始日（証明日ではありません。）

許可番号及び年月日		13BS001234 令和〇年〇月〇日			
事業所の名称		株式会社都庁 テクニカルセンター			
事業所の所在地		東京都江東区青海X-X X-X 福祉倉庫第2号棟			
特定保守管理医療機器に係る修理区分		別紙のとおり			
特定保守管理医療機器以外の医療機器に係る修理区分		別紙のとおり			
事業所の構造設備の概要		別紙のとおり			
(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		福祉 元気			
責任技術者		氏名	別紙のとおり	資格	別紙のとおり
		住所	別紙のとおり		
項 務 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	(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医療機器修理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) 医療機器修理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					

修理区分、責任技術者に関する項目について枠内に記載しきれない場合は別紙としてください。

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）を記載してください。

上記により、医療機器の修理業の許可の更新を申請します。

令和 年 月 日

住 所 東京都新宿区西新宿X-Y-Z
氏 名 株式会社都庁
代表取締役 福祉 元気

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：000000-003

事業所に割り当てられている業者コード（法人としてのコードではありません。）