

医療機器修理業許可申請書

許可を取得しようとする事業所名称および所在地。所在地にはビル名があればビル名も記載してください。

事業所の名称		都庁医療株式会社 メンテナンスセンター		
事業所の所在地		東京都文京区■■■X-X-X		
特定保守管理医療機器に係る修理区分		第七区分 歯科用機器関連		
特定保守管理医療機器以外の医療機器に係る修理区分		第七区分 歯科用機器関連 第九区分 鋼製器具・家庭用医療機器関連		
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名		健康 進		
責任技術者	氏名	機器 直介	資格	医薬品医療機器等法施行規則第188条第1項第1号イ(第七区分) 医薬品医療機器等法施行規則第188条第1項第2号イ
	住所	東京都三鷹市○△X-XX-X		
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 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、取消の日から3年を経過していない者	なし		
	(3) 禁錮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つた後、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」

上記により、医療機器の修理業の許可を申請します

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。

令和 年 月 日

住 所 東京都新宿区西新宿一丁目2番3号
氏 名 都庁医療株式会社
代表取締役 健康 進

東京都知事 ○○ ○○ 殿

申請日時点での東京都知事名

担当者：薬事部 東京太郎
連絡先：03-XXXX-XXXX
業者コード：000000-003

提出書類についての問い合わせ先

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(-000)ではありません。)