

(様式第五十三号)

動物用高度管理医療機器等販売・貸与業許可申請書

年 月 日

石川県知事 谷本 正憲 殿

住 所

氏 名

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第 39 条第 1 項の規定により動物用高度管理医療機器等販売・貸与業の許可を受けたいので、下記により申請します。

記

- 1 営業所の名称及び所在地
- 2 営業所の構造設備の概要
(別紙のとおり)
- 3 高度管理医療機器等営業所管理者の氏名及び住所
- 4 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
- 5 営業所における兼営事業の種類
- 6 申請者(申請者が法人であるときは、薬事に関する業務に責任を有する役員を含む。)が法第 5 条第 3 号イからトまでに該当することの有無
- 7 参考事項

(備考)

- 1 営業所(高度管理医療機器プログラムの電気通信回線を通じた提供のみを行う営業所を除く。)の構造設備の概要を説明する図面を添付すること。
- 2 記の 3 には、申請者が自らこれに従事するときは、その旨を記載すること。
- 3 記の 6 には、該当しない場合は「該当しない」と記載し、該当する場合には、該当する事案の概要を記載すること。

店舗付近の見取図

最寄りの交通機関からの経路を記入のこと

N



店舗の構造設備の概要（見取図）

電話（ ） —

(参考)

従 事 証 明 書

年 月 日

石川県知事 谷本 正憲 殿

住 所

氏 名

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

下記の者は、医療機器の販売又は賃貸に関する実務に三年以上従事していたことを証します。

記

住 所

氏 名

- 1 医療機器の販売又は賃貸に関する実務に従事していた期間及び勤務先

雇 用 証 書

私どもは、下記事項を条件として雇用の関係にあることを証します。

年 月 日

雇用者 住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

名 称 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

代表者

氏 名

被傭者 住 所

氏 名

記

1 勤務場所
(所在地)

(名 称)

2 業務内容

3 勤務時間

4 休 日

5 雇用期間

6 その他の雇用条件