（様式４４）

|  |
| --- |
| 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  愛知県知事　　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒  住所  氏名（法人にあってはは、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  ３　高度管理医療機器等営業所管理者の氏名及び住所  ４　法人にあっては、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 |

（日本産業規格Ａ４）

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。

（様式４４）記入例

|  |
| --- |
| 動物用高度管理医療機器等販売・貸与業許可申請書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和３　年　８　月　１　日  愛知県知事　　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒100-0013  住所　東京都千代田区霞が関一丁目２番１号  氏名（法人にあってはは、名称及び代表者の氏名）  株式会社　　　　　愛　知  　代表取締役社長　　愛　知　太　郎    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  愛知薬品名古屋支店　　電話：052-961-2111　ファックス：052-954-6934  　　〒460-8501　名古屋市中区三の丸三丁目１番２号  郵便番号、電話番号、ファックス番号等も記入  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  愛知次郎　名古屋市中区三の丸三丁目１番３号  ４　法人にあっては、薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名  責任役員が多数の場合は別紙に記入  愛知太郎　その他役員は別紙のとおり  ５　営業所における兼営事業の種類  医薬品卸売販売業  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  添付書類を省略する場合の記入  該当しない  担当者の氏名と連絡先を記入  ７　参考事項  登記事項証明書については、医薬品卸売販売業許可申請書（半田支店：第Ｈ-56号、令和３年８月１日付けで医薬安全課に提出）に添付したので省略します。　　担当者：愛知五郎　電話：03-3502-8111 |

（日本産業規格Ａ４）

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。