

上記余白に所定の金額の北海道収入証紙を貼り、申請者の印鑑又は署名で消印

医療機器修理業許可更新申請書

許可の有効期間の始期を記載
(許可の証明年月日ではない)

許可番号及び年月日	〇〇××〇〇〇〇 平成××年××月〇〇日		
事業所の名称	××株式会社 札幌支店		
事業所の所在地	札幌市××区〇〇条〇〇丁目△-△		
特定保守管理医療機器に係る修理区分	第1区分：画像診断関連システム関連 第2区分：生態現象計測・監視システム関連		
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1区分：画像診断関連システム関連 第2区分：生態現象計測・監視システム関連 第5区分：光学機器関連		
事業所の構造設備の概要	別紙のとおり		
責任技術者	氏名	○山 ×男	資格 薬事法施行規則第188条第1項第1号イ（第1区分、第2区分） 薬事法施行規則第188条第1項第2号イ
	住所	札幌市〇〇区〇〇条××丁目△-△	
含む。その申請者（法人にあっては、業務を行う役員を欠格条項）	(1)	法第75条第1項の規定により許可を取り消されたこと	全員無し
	(2)	禁錮以上の刑に処せられたこと	全員無し
	(3)	薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと	全員無し
	(4)	後見開始の審判を受けていること	全員無し
備考			

名称・所在地は、許可証に記載されており正確に記載

特管区分、非特管区分ごとに取得している区分を記載

構造設備の概要を記載した別紙を添付

該当する資格の条文を記載

該当する事実がある場合はその内容を詳細に記載

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。

平成××年××月××日

捨印を押印

捨印

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

東京都××区〇〇-△-△

法人の場合は、代表者印を押印

氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

××株式会社

代表取締役 ○〇 ××

印

(あて先) 北海道知事

連絡先： 電話 ○〇〇-×××-×〇×〇

担当者 ○〇 ××

業者コードを記載

業者コード ○〇〇×××-×××