

上部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申請書

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××条××丁目△-△ ○○ビル○階 Tel.○○○-×××-×××× Fax○○○-×××-××××	
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○○区○○条××丁目△-△	
申請者(法人にあっては、その業務を行う役員を含む。)の欠格条項	(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			

特管区分、非特管区分ごとに取得したい区分を記載(特管区分は区分ごとに専門講習の受講が必要)

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、医療機器修理業の許可を申請します。

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)  
氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

東京都××区○○-△-△  
××株式会社  
代表取締役 ○○ ××

法人の場合は、代表者印を押印  
印

(あて先) 北海道知事

業者コードを記載

連絡先： 電話 ○○○-×××-×××× 担当者 ○○ ××  
業者コード ○○○×××-×××