

別記第1号様式（第1条関係）

薬務課記載欄	申請資格の 確認欄	手数料	添付書類 ・医師の診断書（申請者の精神機能の障害、麻薬中毒又は覚醒剤の中毒の有無を示すもの） ・医師免許証等の原本または写し（提示のみ）
継 続			

麻薬（施用）・管理・小売業・研究・卸売業 者免許申請書

麻薬業務所	所在地	〒000-0000 横浜市中区日本大通一丁目1番1号	申請者が主として勤務する麻薬業務所名を記入してください。郵便番号・住所・名称は <u>開設届等の通り正確</u> に記載してください。	
	名称	TEL000-000-0000 〇〇〇〇クリニック		
麻薬施用者又は麻薬研究者にあっては、従として診療又は研究に従事する麻薬診療施設又は麻薬研究施設	所在地	〒	非常勤等により、神奈川県内の上記の麻薬業務所以外の場所で麻薬を施用する場合はこちらに記入してください。複数ある場合は各欄に①②、などと記載してください。	
	名称			
許可または免許の番号		医 師 歯科医師 獣 医 師 第 号 薬 剤 師 薬 局 医薬品販売業	許可又は免 許の年月日 年 月 日	
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51条第1項の規定により免許を取り消されたこと。	医師免許証等の番号を記載してください。	医師免許証等の登録年月日を記載してください。	
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。			
	(3) 医事又は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。			
		該当無しの場合、「なし」と記入してください。有りの場合はその内容を記載してください。		
		現在お持ちの麻薬施用者免許証の番号を記載してください。		
備考	申請者が現に所持する麻薬取扱者免許番号	第 〇〇〇〇〇〇〇 号		
	申請麻薬業務所における麻薬施用者数	無 ・ 1 名 ・ 2 名 ・ 3 名 ・ 4 名 ・ 5 名 以上		
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。				
令和 〇 年 10 月 〇〇 日		提出日	この欄は、上記の主たる業務所で、他に施用者免許を受けている医師等がいる場合に記載してください。	
住 所 （法人にあっては主たる事務所の所在地） 〒〇〇〇-〇〇〇〇 横浜市中区日本大通〇〇 氏 名 （法人にあっては名称） 神奈川 太郎		申請者本人が居住している郵便番号、住所及び本人の氏名を記載してください。		
神 奈 川 県 知 事 殿				

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 申請する麻薬取扱者免許の種類について、施用・管理・小売業・研究・卸売業のうち該当するものを○で囲むこと。
- 3 許可又は免許の番号の欄には、麻薬営業者の免許の申請であるときは、医薬品医療機器等法の規定による許可証の番号を、麻薬施用者又は麻薬管理者の免許の申請であるときは、医師、歯科医師、獣医師又は薬剤師の免許の登録番号を記載すること。
- 4 欠格条項の(1)欄から(3)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、当該事実があるときは、(1)欄にあってはその理由及び年月日を、(2)欄にあってはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(3)欄にあってはその違反の事実及び年月日を記載すること。