

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	手数料確 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	名称	TEL000-000-0000 〇〇〇〇クリニック	申請者が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。	
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	〒	原則、管理者は施設ごとに専任で設置されます。したがって、従たる施設はありませんので、空欄にしてください。			
	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。		現在お持ちの麻薬管理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。 <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">この欄は、上記の主たる業務所で、施用者免許を受けている医師等の人数を記載してください。</div>						
令和 〇 年 10 月 〇〇 日		提出日				
住所（法人にあっては主たる事務所の所在地）		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。				
〒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						
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。