

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	添付書類 ・麻向法にかかる業務を行う役員の範囲を示す書面（法人の場合） ・上記役員全員の医師の診断書（代表取締役は必須） ・薬局開設許可証の原本または写し（提示のみ） ※県内の複数の支店の継続申請を行う場合、診断書の原本は1通で、他は写しを添付することも可能
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		麻薬を調剤する薬局の郵便番号・住所・電話番号・店舗名を記入してください。住所・名称は許可証の通り正確に記載してください。
	名称	TEL000-000-0000 〇〇〇〇薬局		
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	〒 } 記載不要です。		
	名称	TEL		
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。	薬局開設許可証の番号を記載してください。		薬局の許可年月日（現在の許可の有効期間開始日）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。			
		役員が複数いる場合、役員全員について該当がない場合は各欄に「全員なし」、個人開設又は役員が一人の場合は「なし」と記載してください。		現在お持ちの麻薬免許証番号を必ず記載してください。
備考	申請者が現に所持する麻薬取扱者免許番号	第 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: 2px;">記載不要です。</div>				
令和 ○ 年 10 月 ○○ 日 提出日				
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） <div style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 個人薬局の場合は、開設者の郵便番号、住所及び氏名を記入してください。法人（団体）が管理する薬局の場合は、当該法人（団体）の主たる事務所の郵便番号、住所及び法人（団体）名並びに代表者の職、氏名を記載してください。 </div>				
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。