

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

- ・麻向法にかかる業務を行う役員の範囲を示す書面（登記簿謄本でも可）
 - ・上記役員全員の医師の診断書
 - ・医薬品販売業許可証の原本または写し（提示のみ）
 - ・麻薬貯蔵設備の構造を記載した書面
- ※県内の複数の支店の免許申請を行う場合、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	〒	業務所の郵便番号・住所・電話番号・名称を記入してください。住所・名称は許可証のとおり正確に記載してください。		
	名称				
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				
許可または免許の番号		医師 歯科医師 獣医師 第 薬剤師 薬局 医薬品販売業	号	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。	医薬品販売業許可証の番号を記載してください。		左欄の許可年月日（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。	麻向法にかかる業務を行う役員全員について該当がない場合は各欄に「全員なし」と記載してください。			
	(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。	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。					
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）		法人の主たる事務所の郵便番号、住所及び法人名並びに代表者の職、氏名を記載してください。			
氏名（法人にあっては名称）					
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。