

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

手数料確認欄

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・名称は開設届等の通り正確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	〒		
		名 称	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。		
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	昭和 平成 年 月 日 令和
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。			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。	
	(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。					
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） 〒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					
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。					

(注意)

- 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 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。
- 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。
- 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。