

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（登録簿謄本でも可）
 - ・上記役員全員の医師の診断書（代表取締役は必須）
 - ・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（令和6年版）

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 薬劑師 第 薬局 局 （医薬品販売業）	号
申請者又は免許の年月日		昭和 平成 令和 年 月 日	
申請者（法人を含む）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。（申請日から3年以内）	全員なし	
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。（申請日から3年以内）	全員なし	
	(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。（申請日から2年以内）	全員なし	
	(4) 暴力団員又は暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者。	全員なし	
	(5) 暴力団員等がその事業活動を支配する者。	なし	
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	
<p>上記のとおり、免許を受けたいので申請します。</p> <p>令和 〇 年 10 月 〇〇 日 提出日</p> <p>住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）</p> <p>〒</p> <p>氏名（法人にあっては、名称）</p> <p>神奈川県知事殿</p>			

(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(5)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)欄及び(4)欄にあってはその違反等の事実及び年月日を記載すること。
- 5 欠格条項の(4)における「暴力団員」とは暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成三年法律第七十七号）第2条第6号に規定する者であること。
- 6 欠格条項の(5)における「暴力団員等」とは、欠格条項(4)に該当する者であること。