

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

手続
添付書類
・ 医師の診断書の原本または写し（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 横浜市中央区日本大通一丁目1番1号		申請者が主として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 薬 剤 師 薬 局 医薬品販売業	第	号	許可又は免許の年月日 昭和 平成 令和 年 月 日
行 申 請 者（法人にあってはその業務を う 役 員 を 含 む）の 欠 格 条 項 を	(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)	なし	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。 (申請日から3年以内)	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)	なし	該当無しの場合は、「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。	
	(4)	暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第6号に規定する暴力団員又は同号に規定する暴力団員であったこと。 (申請日から5年以内)	なし	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。	
	(5)	(4)に規定する者に事業活動を支配されていること。	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		
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) 〒000-0000 横浜市中央区日本大通〇〇 氏 名 (法人にあっては、名称) 神奈川 太郎 神 奈 川 県 知 事 殿					
上記の主たる業務所で、申請者本人を除いた施用者免許を受けている医師等について記載してください。					
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(5)欄までは、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)欄にあってはその事実及び年月日を、(4)及び(5)欄にあってはその事実があった年月日を記載すること。