

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
・上記役員全員の医師の診断書の原本または写し（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

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に正確に記載してください。	
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	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。
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 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日		
行 申 請 者 （法人に あつては その業務 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）	全員なし		
	(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		
(1)～(4)においては、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。(5)については、該当ない場合は、「なし」と記載してください。 各項目で有りの場合は、その内容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		現麻薬卸売業者免許証の番号を記載してください。
	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） 〒 氏 名 （法人にあっては、名称） 神 奈 川 県 知 事 殿					
記載不要です。					
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。					

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 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。