

別記第 1 号様式（第一条関係）

薬務課記載欄

申請資格の
確 認 欄

手数料確認欄

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	〒		
		名 称	TEL		
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	TEL		
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。 (申請日から 3 年以内)			
	(2)	罰金以上の刑に処せられたこと。 (申請日から 3 年以内)			
	(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)			
	(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)			
	(5)	(4)に規定する者に事業活動を支配されていること。			
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。					
年 月 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					

(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。