

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 <b>開設届等の通り正確</b> 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 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日	
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）	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		
	(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		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） 〒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、 <b>申請者本人を除いた</b> 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。			
		<b>申請者本人</b> 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)

- 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。