

該当する免許の種類
を囲んでください

麻薬 施用
管理 者免許申請書

麻薬業務所	所在地	高知市丸ノ内1丁目2番20号		
	名称	医療法人高知会 県庁病院		
麻薬施用者又は麻薬研究者にあつては、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	麻薬管理者免許の場合は空白でお願いします		
	名称			
医師、歯科医師、獣医師及び薬剤師の免許の番号	第〇〇〇〇〇号	許可の年月日	〇年〇月〇日	
申請者（法人にあつては、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。	なし		
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。	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。	なし		
備考	申請者本人の住所・氏名を記入し、個人印を押印してください			
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。				
〇〇年〇〇月〇〇日				
住所 高知市丸ノ内〇丁目〇番〇号				
氏名 高知 花子 印				
高知県知事 濱田 省司 様				

(注意)

- 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 収入印紙は、麻薬輸入業者、麻薬輸出業者、麻薬製造業者、麻薬製剤業者、家庭麻薬製造業者及び麻薬元卸売業者に係る申請書の正本のみに貼り、消印をしないこと。
- 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(3)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)欄にあつてはその理由及び年月日を、(2)欄にあつてはその罪、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)欄にあつてはその違反の事実及び年月日を記載すること。