

収入証紙貼付場

愛知県収入証紙を 4,000 円分  
貼り付けてください。

(記載例) 別紙様式 1

※ 該当事項に○をつけて下さい。

当該業務所に施用者はこの申請者以外に

a  いる b  いない

現在麻薬管理者は

a  いる b  いない c  申請中

『施用』または『管理』と  
記載してください。

# 麻薬 施用 者 免 許 申 請 書

麻薬業務所	所在地	名古屋市中区三の丸3-1-2		
	名称	愛知県庁病院		
麻薬業務所 医師等免許証の登録 番号・年月日を記載 してください。	所在地	名古屋市中区三の丸2-6-1		
	名称	愛知県庁クリニック		
麻薬診療施設 麻薬研究施設	名称	愛知県庁クリニック		
許可又は免許の番号	医・歯・獣・薬・薬局・( ) 第 〇〇△△◆◆ 号	許可又は免 許の年月日	令和元年4月1日	
申請者(法人にあってはその業務 を行う役員を含む)の欠格事項	(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	当該事実がない場合は「なし」 と記載してください。	
	(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	現在の麻薬取扱者免許証の 左上にある免許番号を記載 してください。	
備考	医安第2200000号			
上記のとおり免許を受けたいので申請します。				
令和6年10月15日				
提出日もしくは郵送の 場合は郵送日を記載し てください。		住所 名古屋市中区三の丸3-1-2		
		氏名 愛知 太郎		
愛知県知事殿				
		業務所電話番号	052-0△□-XXXX	

麻薬施用者で麻薬の施用を1つ  
の診療施設のみで行う場合は  
『なし』と記載してください。

当該事実がない場合は「なし」  
と記載してください。

現在の麻薬取扱者免許証の  
左上にある免許番号を記載  
してください。

現在の麻薬取扱者免許証と同じ  
住所・氏名を記載してください。  
転居等している場合は、『記載事  
項変更届』の提出が必要です。

## 【提出書類】

- 麻薬施用者(管理者)免許申請書
- 診断書(原本又は申請者が原本証明した写し)
- 返送用封筒(返送先要記載・切手貼付済の封筒又はレターパックプラス)※郵送受取の場合のみ

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、その違反の事実及びその年月日を記載すること。