

『小売業』と記載してください。

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。

※ 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

麻薬小売業者免許申請書

麻薬業務所		所在地	名古屋市中区三の丸3-1-2				
名称		愛知県民薬局					
所在地		記載不要です					
薬診療加 薬研究	麻薬 施設	名称					
許可又は免許の番号		医・歯・獣・薬・薬局・() 第 004			許可又は免	令和元年4月1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。	全員なし	当該事実がない場合は「なし」と記載してください。 麻薬業務を行う役員が複数いる場合は「全員なし」と記入してください。				
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。	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。	全員なし					
備考		医安第220000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					
愛知県知事殿		氏名 愛知 太郎					
		業務所電話番号		052-0△□-XXXX			

- 備
- 【提出書類】
- 麻薬小売業者免許申請書
 - 麻薬業務を行う役員の範囲を示す書類※申請者が法人または団体の場合のみ
 - 診断書（原本又は申請者が原本証明した写し）
※申請者が法人の場合は代表権を有する役員及び麻薬業務を行う役員全員分
 - 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