

『施用』または『管理』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 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		
医師等免許証の登録番号・年月日を記載してください。		名 称	愛知県庁病院		
		所在地	名古屋市中区三の丸2-6-1		
麻薬診療加は麻薬研究施設		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	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			
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			052-〇△□-××××		

- 備
- 【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。