

収入証紙貼付箇所

愛知県収入証紙を 4,000 円分貼り付けてください。

別紙様式 1

『施用』または『管理』のどちらかに○を付けてください。

※ 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・管理者免許申請書

麻薬業務所	所在地	春日井市柏井町二丁目 3 1 番地		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。
	名称	〇×〇×医院		
医師等免許証の登録番号・年月日を記載してください。	名古屋市中区三の丸 3 丁目 1 番 2 号			
	▲▲△△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	平成〇〇年△△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 5 1 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。	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。
	(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	春保第 2 2 × × × × 号		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。	
上記のとおり免許を受けたいので申請します。				
令和 6 年 1 0 月 1 0 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 春日井市柏井町二丁目 3 1 番地		
		氏名 愛知 太郎		
愛知県知事殿				
		業務所電話番号	0 5 6 8 - 〇〇 - △ × △ ×	

備考 ① 許可又は免許の番号欄() 麻薬施用者の名義の申請をする場合は、医師、医師免許証の住所

【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)
- ・郵送送付票 ※郵送の場合のみ(郵送受取希望の場合は、送付票にその旨記載してください)
- ・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