

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

※ 該項事項に○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 しない

現在麻薬管理者は
a いる b いない c 申請中

『小売業』と記載してくだ
さい。

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	
薬局の開設許可番号・年月日(有効期間の始期)を記載してください。		名称	愛知県民薬局	
薬診療加 薬研究		所在地	記載不要です	
麻薬設 名称				
許可又は免許の番号		医・歯・獣・薬・薬局・()	許可又は免	令和元年6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。	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		春保第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		住所 名古屋市中区三の丸3-1-2		
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。		氏名 愛知 太郎		
愛知県知事殿				
		業務所電話番号	052-0△□-XXXX	

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