|  |
| --- |
| ※麻薬施用（管理）者の場合は該当事項に○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 |

別紙様式１（記載例）

『施用』または『管理』を〇で囲んでください。

愛知県収入証紙は4,000円分貼り付けてください。

収入証紙貼付場所

麻薬（卸売業・小売業・施用・管理・研究）者免許申請書

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。

医師等免許証の登録番号・年月日を記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 麻薬業務所 | 所在地 | 名古屋市中区三の丸３－１－２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 | 愛知県庁病院 |
| 麻薬施用者又は麻薬研究者にあっては、従として診療又は研究に従事する麻薬診療施設又は麻薬研究施設 | 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 |
| 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　５年　４月　１日 |
| を行う役員を含む。）の欠格条項申請者（法人にあっては、その業務 | (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。 | 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。 |  |
| (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。 | 令和６年12月12日から様式が変更しています。旧様式では受付できませんので注意してください。 |
| (4) | 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第２条第６号に規定する暴力団員又は同号に規定する暴力団員であったこと。 |  |
| (5) | (4)に規定する者に事業活動を支配されていること。 |  |
| 備　　　　　　考 | 旧免許番号　　豊川保　第２３〇〇〇〇号 |
| 　　上記のとおり免許を受けたいので申請します。　　　　　　　令和７年　１０月　１５日　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　名古屋市中区三の丸３－１－２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。提出日もしくは郵送の場合は郵送日を記載してください。法人にあっては、主たる事務所の所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　愛知　太郎法人にあっては、名称　　　愛知県知事殿 |
| 業務所電話番号 | ０５３３-〇□-×××× |

注　１　許可又は免許の番号欄には、麻薬営業者の免許の申請であるときは、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律の規定による許可証の番号を、麻薬施用者又は麻薬管理者の免許の申請であるときは、医師、歯科医師、獣医師又は薬剤師の免許の登録番号を記載すること。

【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

　　２　欠格条項の(1)欄から(5)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、当該事実があるときは、(1)欄にあってはその理由及び年月日を、(2)欄にあってはその罪、刑、刑の確定年月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、(4)欄及び(5)欄にあってはその事実があった年月日を記載すること。

備考　　用紙の大きさは、Ａ４とする。