

別紙様式 1 (記載例)

『小売業』を○で囲んでください。

収入証紙貼付場所

愛知県収入証紙は 4,000 円分貼り付けてください。

※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

麻薬（卸売業・小売業・施用・管理・研究）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		
麻薬施用者又は麻薬研究	所在地	記載不要です		
	名称			
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。	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。		
	(3)	医事又は薬事に関する法令又はこれに基づく処分違反したこと。	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 医安 第 2 3 〇 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 1 0 月 1 5 日		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。		住所	名古屋市中区三の丸 3-1-2	
		〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕		
		氏名	株式会社 愛知県民薬局	
		〔法人にあつては、名称〕	代表取締役 愛知 太郎	
愛 知 県 知 事 殿				

【提出書類】

- 麻薬取扱者免許継続申請チェックシート（提出用）※医薬安全課に提出する場合のみ
- 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

