

収入証紙貼付場所

※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○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。

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	愛知県庁病院		
麻薬施用者又は麻薬研	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		<input checked="" type="checkbox"/> 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	(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。	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。
	(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。		
	(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 <u>医安 第2300000</u> 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				
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 〔法人にあっては、 主たる事務所の所在地〕 氏名 〔法人にあっては、名称〕	名古屋市中区三の丸3-1-2 愛知 太郎	
愛知県知事殿		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。		
			業務所電話番号	052-0△□-××××

注

【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

備