

別紙様式 1 (記載例)

『施用』または『管理』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		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（法人にあっては、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。 令和 6 年 12 月 12 日から様式を変更しています。 旧様式では受付できませんので注意してください。 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。		
	(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 半保 第 23〇〇〇〇〇 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 10 月 〇〇 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			〇△□-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

【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・レターパック（赤）推奨）※郵送受取の場合のみ

備