

覚醒剤原料取扱者指定継続申請チェックシート
(申請者控え兼引換用)

記入日：令和 年 月 日

業務所	所在地(市)	市
	名称	
申請者名		
連絡先(Tel)	—	—
連絡先(メール)		

<input checked="" type="checkbox"/>	免許
<input type="checkbox"/>	覚醒剤原料取扱者

提出方法	窓口 ・ 郵送	受取方法	窓口 ・ 郵送
------	---------	------	---------

<input checked="" type="checkbox"/>	提出に必要なもの
<input type="checkbox"/>	覚醒剤原料取扱者指定継続申請チェックシート(提出用)
<input type="checkbox"/>	申請書
<input type="checkbox"/>	平面見取図及び図面
<input type="checkbox"/>	定款又は寄付行為の写し(申請者が原本証明したもの) ※申請者が法人の場合のみ
<input type="checkbox"/>	登記事項証明書(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かつ薬局開設者、医薬品製造業者、医薬品販売業者以外の場合のみ
<input type="checkbox"/>	手数料 13,600 円(愛知県収入証紙は手数料分を申請書に貼付)
<input type="checkbox"/>	返送用封筒 ※郵送受取のみ (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)

指定証は令和7年12月10日(水)以降の受取・郵送になります
窓口受取の場合はこの紙を持参してください

(問合せ先) 医薬安全課 Tel: 052-954-6305

覚醒剤原料取扱者指定継続申請チェックシート
(提出用)

記入日：令和 年 月 日

業務所	所在地(区)	市
	名称	
申請者名		
連絡先(Tel)	—	—
連絡先(メール)		

<input checked="" type="checkbox"/>	免許
<input type="checkbox"/>	覚醒剤原料取扱者

提出方法	窓口 ・ 郵送	受取方法	窓口 ・ 郵送
------	---------	------	---------

<input checked="" type="checkbox"/>	提出に必要なもの
<input type="checkbox"/>	覚醒剤原料取扱者指定継続申請チェックシート(提出用)
<input type="checkbox"/>	申請書
<input type="checkbox"/>	平面見取図及び図面
<input type="checkbox"/>	定款又は寄付行為の写し(申請者が原本証明したもの) ※申請者が法人の場合のみ
<input type="checkbox"/>	登記事項証明書(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かつ薬局開設者、医薬品製造業者、医薬品販売業者以外の場合のみ
<input type="checkbox"/>	手数料 13,600 円(愛知県収入証紙は手数料分を申請書に貼付)
<input type="checkbox"/>	返送用封筒 ※郵送受取のみ (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)

申請の際にこの紙を切り取って、併せて提出してください