

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。 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 医安 第 2 4 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 8 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	0 5 2 - 〇 〇 〇 - × × × ×

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