

**施用者記載例**

申請する免許によって「施用」「管理」「小売業」「研究」等を記入してください。

麻薬 施用 者免許申請書

麻薬業務所	所在地	松山市一番町4丁目4-2		医療法、医薬品医療機器等法 他法令上の所在地、名称と合わせて ください。
	名称	えひめ〇△病院		
麻薬施用者又は麻薬研究者 にあつては、従として診療 又は研究に従事する麻薬診 療施設又は麻薬研究施設	所在地	該当なし		従たる施設があればその所在地と名称 を、なければ「該当なし」と記入する か、斜線で枠を消してください。
	名称	該当なし		
許可又は免許の番号		医 歯 獣 薬 薬局 ( ) 第 ××××× 号	許可又は免 許の年月日	令和 元年 5月 1日
の 欠 格 条 項 の 申 請 者 法 人 に あ つ て は そ の 業 務 を 行 う 役 員 を 含 む	(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。	なし		医師・歯科医師・獣医師の免許登録番号及び登 録年月日を記載してください。 (様式下欄(注意)2を参照)
	(2)罰金以上の刑に処せられたこと。	なし		
	(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。	なし		
備 考		該当する事実がない場合は「なし」と、 ある場合は様式下欄(注意)3を参照 し、記載してください。		
上記のとおり免許を受けたいので申請します。				
令和 元年 5月 7日				
住 所 松山市三番町8丁目234				
氏 名 えひめ いちろう 愛媛 一郎				
愛媛 県 知 事 ○ ○ ○ ○ 殿				
業務所電話番号			089-×××-〇〇〇〇	

施用者、管理者、研究者の場合  
は申請者の住所・氏名を記載  
してください。

(注意)

- 用紙の大きさは、A4とすること。
- 許可又は免許の番号の欄は、医薬品医療機器等法の規定による許可証の番号を、麻薬施用者又は薬剤師の免許の登録番号を記載し、当該事実があるとき罪、刑、刑の確定年月日及びその年月日を記載すること。
- 欠格条項の(1)欄から(3)欄にあつては、その執行を終わり、又は執行を終了した事実及びその年月日を記載すること。

注意書きの内容を確認した上で、  
必要な額の愛媛県収入証紙を  
注意書きの上に貼ってください。

**管理者記載例**

麻薬 管理 者 免許 申請 書

申請する免許によって「施用」「管理」「小売業」「研究」等を記入してください。

医療法、医薬品医療機器等法他法令上の所在地、名称と合わせてください。

麻薬業務所		所在地	松山市一番町4丁目4-2		
		名称	えひめ〇△病院		
麻薬施用者又は麻薬研究者にあつては、従として診療又は研究に従事する麻薬診療施設又は麻薬研究施設		所在地			
		名称			
許可又は免許の番号		医・歯・獣 <sup>薬</sup> 薬局( ) 第 ×××××× 号	許可又は免許の年月日	令和 元年 5月 1日	
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。	なし	医師・歯科医師・獣医師・薬剤師の免許登録番号及び登録年月日を記載してください。 (様式下欄(注意)2を参照)		
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。	なし			
	(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。	なし			
備考		該当する事実がない場合は「なし」と、ある場合は様式下欄(注意)3を参照し、記載してください。			
上記のとおり免許を受けたいので申請します。					
令和 元年 5月 8日					
住所 松山市三番町8丁目234					
氏名 えひめ いちろう 愛媛 一郎					
愛媛県知事 ○ ○ ○ ○ 殿					
				業務所電話番号	089 - ××× - 〇〇〇〇

施用者、管理者、研究者の場合は申請者の住所・氏名を記入してください。

(注意)

- 用紙の大きさは、A4とすること。
- 許可又は免許の番号の欄には、医薬品医療機器等法の規定による許可証の番号を、麻薬施用者又は薬剤師の免許の登録番号を記載し、当該事実があるとき罪、刑、刑の確定年月日及びその年月日を記載すること。
- 欠格条項の(1)欄から(3)欄には、(1)欄にあつては、その執行を終わり、又は執行を終了した事実及びその年月日を記載すること、(2)欄にあつては、その違反の事実及びその年月日を記載すること、(3)欄にあつては、その違反の事実及びその年月日を記載すること。

注意書きの内容を確認した上で、  
必要な額の愛媛県収入証紙を  
注意書きの上に貼ってください。

**小売業者/卸売業者  
記載例**

麻薬 小売業者 免許申請書

申請する免許によって「小売業」「卸売業」等を記入してください。

医療法、医薬品医療機器等法  
等他法令上の所在地、名称と  
合わせてください。

麻薬業務所	所在地	西条市喜多川796-1		
	名称	西条〇△薬局		
麻薬施用者又は麻薬研究者 にあつては、従として診療 又は研究に従事する麻薬診 療施設又は麻薬研究施設	所在地			
	名称			
許可又は免許の番号		医・歯・獣薬 薬局 (〇保) 第 ××× 号	許可又は免 許の年月日	令和 元年 5月 7日
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。	全員なし		
	(2)罰金以上の刑に処せられたこと。	全員なし		
	(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。	全員なし		
備 考				
<p>上記のとおり免許を受けたいので申請します。</p> <p>令和 元年 5月 8日</p> <p>住 所 西条市喜多川796-1</p> <p>氏 名 株式会社〇〇〇〇 代表取締役 西条 一郎</p> <p>愛媛県知事 〇〇 〇〇 殿</p>				
		業務所電話番号	0897-xx-〇〇〇〇	

医薬品医療機器等法の規定による許可証の番号を記載してください。  
許可年月日は有効期間の始期を記入してください。  
(様式下欄(注意)2を参照)

該当する事実がない場合は「なし」と、  
ある場合は様式下欄(注意)3を参照し、  
記載してください。

小売業者、卸売業者の場合は開設者の所在地・氏名(法人の場合は代表者含む)を記載してください。

(注意)

- 用紙の大きさは、A4とすること。
- 許可又は免許の番号の欄には、医薬品医療機器等法の規定による許可証の番号を、麻薬施用者又は麻薬研究者にあつては、従として診療又は研究に従事する麻薬診療施設又は麻薬研究施設は薬剤師の免許の登録番号を記載すること。
- 欠格条項の(1)欄から(3)欄までは、(1)欄にあつては、その執行を終わり、又は執行を受けること、(2)欄にあつては、その違反の事実及びその年月日を記載すること。

注意書きの内容を確認した上で、  
必要な額の愛媛県収入証紙を  
注意書きの上に貼ってください。