

取扱課 薬務課長 殿	経由機関名 茨城県 保健所 (衛生課扱)	経由第 号 年 月 日	手数料納付額 金	審査者
---------------	----------------------------	----------------	-------------	-----

別記第1号様式（第1条関係）

麻薬 施用 者免許申請書

麻薬業務所	所在地	日立市〇〇町1-2-3		
	名称	医療法人●●会 衛生課病院		
麻薬施用者又は麻薬① 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	医師、歯科医師 ② 獣医師、薬剤師 第〇〇〇号	③ 許可又は免 許の年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	
	薬局開設許可 ④ 医薬品販売業 第 号			
⑤ 申請者（法人にあつては 業の欠格条項 を行なう役員を含む。）	(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		
	(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 又はこれらに基づく処分に違反 したこと。	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>⑥〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>⑦住 所（法人にあつては、主たる事業所の所在地）</p> <p style="text-align: center;">水戸市××町1234</p> <p>⑦氏 名（法人にあつては、名称及び代表者印）</p> <p style="text-align: center;">茨城 太郎</p> <p>茨城県知事 殿</p>				

⑧（担当者：茨城 （所属：総務課 ） 連絡先：029-〇〇〇 - 1111 ）

（注意） 欠格条項の(1)欄から(3)欄までには、当該事実がないときには「なし」と記載し、当該事実があるときは、(1)欄にあつてはその理由及び年月日を、(2)欄にあつては、その罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(3)欄にあつては、その違反の事実及び年月日を記載すること。

<記入上の注意>

- ①なしの場合は何も記入しない。
- ②該当する免許に○をつけ、医師、歯科医師、獣医師の免許の登録番号を記入する。
- ③医師等の免許取得年月日を記入する。
- ④何も記入しない。
- ⑤該当しない場合は「なし」と、該当がある場合は枠外（注意）のとおり記入する。
- ⑥窓口に届け出る日を記入する。
- ⑦申請者の自宅住所と氏名を記入する。
- ⑧担当者氏名、所属、連絡先を記入する。