　　　　　　　 麻薬　　　　者免許申請書 　（ □ 新規　□ 継続　）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務所 | | 所在地 | 〒 | | |
| 名称 |  | | |
| 麻薬施用者又は麻薬研究者にあっては、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 | | | (該当するものを〇で囲み、番号を記入すること)  医師 ・ 歯科医師 ・ 獣医師  薬剤師 ・ 薬局開設 ・ 医薬品販売  第　　　　　　　　　　号 | 許可又は  免許の  年月日 | 年　　月　　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。 | |  | | |
| （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 | | | （開設者氏名） | | |
| 月　　日付免許希望（免許日の希望がある場合のみ記載） | | |
| 上記のとおり、免許を受けたいので申請します。  年　　月　　日  住　　所  氏　　名  和　歌　山　県　知　事  　保　健　所　長　様 | | | | | |

・麻薬の保管設備がない診療施設の場合、その旨を備考欄に記載してください。

・添付書類である診断書等の省略がある場合、その旨を備考欄に記載してください。

例）診断書原本は、〇月×日付　●●申請書に添付のため省略します。