



捨印

記載例

麻薬（卸売業・**小売業**）者免許申請書

麻薬業務所	所在地	大野城市白木原〇△-□		
	名称	福岡薬局〇〇店		
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	薬局許可の有効期間の始期を記載する。		
	名称			
薬局（卸売一般販売業） 許可の番号	種別 薬局 第012345号	許可の 年月日	平成29年4月1日	
申請者（法人にあっては、 含む）の欠格条項 その業務を行なう役員を あつては、	(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 これに基づく処分に違反したこと。	なし		
	(4)後見開始の審判を受けていること。	なし		
備考	1 新規 2 継続（麻薬免許番号16〇〇〇〇号） 住居表示変更により、地番の変更 市制施行により、住居表示の変更			
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。		市町村合併等に伴い住居表示 が変更になった場合は、 「住居表示変更により」と 記載する。		
平成30年〇〇月〇〇日				
住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）		市町村合併等に伴い住居表示が 変更になった場合は、変更後の 所在地を記載する。		
大野城市白木原〇〇-〇				
氏名（法人にあっては、名称及び代表者氏名）				
株式会社 福岡薬局 代表取締役 福岡 太郎		印		
福岡県知事 殿				

麻薬免許証に記載されているとおりに記入してください。
免許証の記載事項を変更する場合には「記載事項変更届」が必要です。

(注 意)

- (1) 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。
- (2) 許可の番号欄には、薬事法の規定による許可証の番号を記載すること。
- (3) 欠格条項の(1)欄から(4)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、当該事実があるときは、(1)欄に於てはその理由及び年月日を、(2)欄に於てはその罪、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)欄に於てはその違反の事実及び年月日を、(4)欄に於ては「ある」と記載すること。

診 断 書

氏 名	福岡 太郎		性 別	<input checked="" type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女
生年月日	大正・昭和 32年 1月 1日		年 令	61才	
上記の者について、下記のとおり診断します。					
1 精神機能 精神機能の障害 <input checked="" type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要					
専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況(できるだけ具体的に)					

2 麻薬又は覚せい剤の中毒 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
診断年月日	平成 30年〇〇月〇〇日		*診断年月日は申請日もしくは申請日より前であること		
医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称、所在地	福岡筑紫保健診療所 大野城市白木原〇△-□ TEL 092-123-45□□			
	氏 名	福岡 花子 <input checked="" type="radio"/>			

免許証の照合欄(新規で原本提示の場合のみ)

免許の番号及び年月日については、原本と相違ありません。

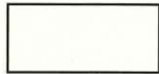
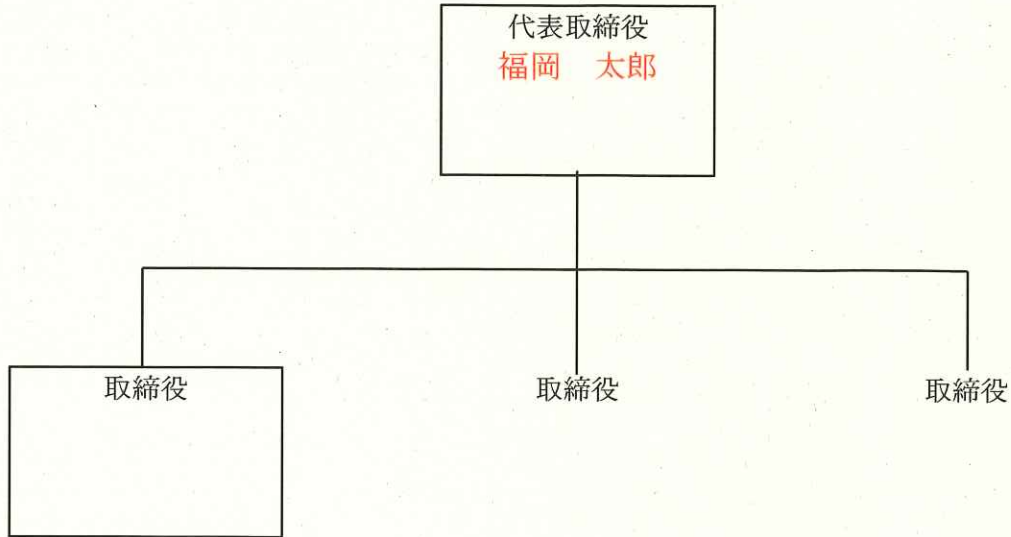
平成 年 月 日

保健(福祉環境事務)所係員 職名

氏名

印

組織規定図



内が麻薬及び向精神薬取締法の免許にかかる業務を行う

役員である。

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成30年〇〇月〇〇日

主たる事務所の
所在地

大野城市白木原〇〇-〇

法人の名称及び
代表者の氏名

株式会社 福岡薬局
代表取締役 福岡 太郎 印

