

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 卸売業 者免許申請書

麻薬業務所	所在地	土浦市〇〇町1-2-3		
	名称	茨城県薬務課株式会社 土浦支店		
麻薬施用者又は麻薬 ^① 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	医師、歯科医師 ^② 獣医師、薬剤師 第 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 〇第〇〇号			
⑤ 申業の 申請者 を格 条項 (法 行 法 人 役 員 を 含 む) に 関 係 する 事 実 有 り 無 し の 有 り 無 し を 記 載 する こと。	(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らに基づく処分に違反したこと。	全員なし		
	(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。	全員なし		
	(5) (4)に規定する者に事業活動を支配されていること。	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 style="text-align: center;">⑥〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p style="text-align: center;">⑦住 所 (法人にあっては、主たる事業所の所在地)</p> <p style="text-align: center;">水戸市××町1234</p> <p style="text-align: center;">⑦氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者印)</p> <p style="text-align: center;">株式会社茨城県薬務課 代表取締役社長 茨城 花子</p> <p>茨城県知事 殿</p>				

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

(注意) 欠格条項の(1)欄から(5)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)欄にあってはその理由及び年月日を、(2)欄にあっては、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)欄にあっては、その違反の事実及び年月日を、(4)欄及び(5)欄にあってはその事実があった年月日を記載すること。

<記入上の注意>

- ①何も記入しない。
- ②何も記入しない。
- ③許可年月日（有効期間開始日）を記入する。※卸売販売業の許可申請と併せて、麻薬取扱者免許を申請した場合は、「卸売販売業許可申請中」と記載する。
- ④医薬品販売業に○をつけ、許可番号を記入する。※卸売販売業の許可申請と併せて、麻薬取扱者免許を申請した場合は、「卸売販売業許可申請中」と記載する。
- 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。※法人の場合で、麻薬業務を行う役員が複数いる場合は「全員なし」と記入する。
- ⑥窓口へ届け出る日を記入する。
- ⑦個人の場合は、申請者の自宅住所と氏名を記入する。法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者氏名を記入する。
- ⑧担当者氏名、所属、連絡先を記入する。