

麻 薬 者 免 許 申 請 書 (継 続)

| | | | | |
|---|-------|---|------------------------|-------|
| 麻 薬 業 務 所 | 所 在 地 | 大分県 | | |
| | 名 称 | | | |
| 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 | 大分県 | | |
| | 名 称 | | | |
| 許 可 又 は 免 許 の 番 号 | | 第 号 | 許 可 又 は 免 許 の 年 月 日 | 年 月 日 |
| 申 請 者 (法 人 に あ つ 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。 | | |
| 備 考 | | (1) 資格 (2) <u>現在の免許番号</u> (3) 診療 (研究) 施設開設者氏名 | | |
| <p>上記のとおり、免許を受けたいので申請します。</p> <p style="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 150px;">住 所</p> <p style="margin-left: 100px; font-size: small;">(法人にあつては、主たる事務所の所在地)</p> <p style="margin-left: 150px;">氏 名</p> <p style="margin-left: 100px; font-size: small;">(法人にあつては、名称)</p> <p style="margin-left: 100px;">大分県知事 殿</p> | | | | |

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 許可又は免許の番号の欄には、麻薬卸売業者、麻薬小売業者の免許の申請であるときは、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管理者の免許の申請であるときは、医師、歯科医師、獣医師又は調剤師の免許の登録番号を記載すること。
- 3 欠格条項の(1)欄から(3)欄までは、当該事実がないときは「なし」と記載すること。
- 4 備考(2)には、継続中の麻薬施用(卸売業・小売業・管理者・研究)者免許番号を記載すること。
- 5 備考の(3)診療(研究)施設開設者氏名欄に、病院、診療所の開設者(設置者)の氏名(法人であるときはその名称及び代表者名)を記載すること。ただし、国、地方公共団体の開設者(設置者)であるとき(国民健康保険診療所を含む)は、当該施設の長の氏名を記載すること。