

様式 1

麻薬 施用 者免許申請書 (記入例)

麻 薬 業 務 所	所在地	〒432-8023 浜松市〇区鴨江二丁目 11 番 2 号		
	名 称	鴨江診療所		
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	〒 (記入しない) →他に勤務する麻薬診療施設があれば記入		
	名 称	医師等免許証番号、免許年月日を記入		
許可又は免許の番号	(医)・歯・獣・薬・販売業・薬局 第999999号	許可又は免 許の年月日	令和1年1月1日	
申その 請者(む)の (法業務欠格 人)を行行項 う役員を 含は、	法第51条第1項の規 (1) 定により免許を取り消 されたこと。	なし		
	罰金以上の刑に処 (2) れたこと。	該当しなければ 「なし」と記入		
	医事又は薬事に関する (3) 法令又はこれに基づく 処分に違反したこと。	なし		
備 考	新規 ・ 継続	旧免許証の 年月日 R1年1月1日 番 号 134219999		
上記のとおり、免許を受けたい 年 月 日		現在所持している麻薬免許証の年月日、番号を記入 年月日は有効期間の開始日(免許証の下から2行目)		
住 所		〒430-0946 浜松市〇区元城町 103 番地の 2		
氏 名		はままつたろう 浜松太郎		
静岡県知事 川勝 平太 殿				

※ 添付書類

1. 医師の診断書 (申請書裏面内容のもの)
2. 申請手数料 3,900 円
申請書提出部数 : 2 部 (1 部はコピーで可)

県収入証紙
(¥3900)

診 断 書

住 所 浜松市〇区元城町 103 番地の 2

氏 名 浜松太郎

明
大 〇〇年 〇〇月 〇〇日 生

昭

上記の者について、次のとおり診断する。

- 1 精神の機能の障害がない。
- 1 麻薬中毒者又は覚せい剤の中毒者でない。

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

病院又は診療所の所在地 浜松市〇区鴨江二丁目 11 番 1 号

病院又は診療所の名 称 鴨江クリニック

医 師 氏 鴨江 太郎