

免許希望日より1ヶ月ほど前に申請

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、免許登録年月日を記入			
許可又は免許の番号	⑤・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		
その申請者（法人にあつては、 その業務を行う役員を含む） の欠格条項	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			
	(2) 罰金以上の刑に処せ られたこと。	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 番号	年	月	日
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。 記入しない					
年 月 日 提出日を記入					
住所 〒430-0946 浜松市〇区元城町103番地の2 自宅住所					
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
3. 医師等免許証（原本）

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

氏 名

明
大
昭
平

年 月 日 生

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。

年 月 日

病院又は診療所の所在地

病院又は診療所の名 称

医 師 氏 名