

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 5 1 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 年 月 日 番 号		
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。 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 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