

継続

麻薬 施用 者 免許 申請書

施用者
(記載例)

麻薬業務所	所在地	松山市一番町4丁目4-2		医療法、医薬品医療機器等法 他法令上の所在地、名称と合わせて ください。
	名称	えひめ〇△病院		
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	該当なし		従たる施設があればその所在地と名称 を、なければ「該当なし」と記入する か、斜線で枠を消してください。
	名称	該当なし		
許可又は免許の番号		医・歯・薬・薬局・() 第 ×××××× 号	許可又は免 許の年月日	令和 元年 5月 1日
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。	なし		医師・歯科医師・獣医師の免許登録番号及び登 録年月日を記載してください。 (様式下欄(注意)2を参照)
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。	なし		
	(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。	なし		
備考				
上記のとおり免許を受けたいので申請します。				免許者の住所・氏名を正しく記載してください。 免許証の記載内容と現内容が異なっている場合は、 変更届を提出する必要があります。
令和 6年 9月 30日				
住所 松山市三番町8丁目234				
氏名 えひめ いちろう 愛媛 一郎				
愛媛県知事 ○ ○ ○ ○ 殿				
		業務所電話番号	089-xxx-0000	

(注意)

- 用紙の大きさは、A4とすること。
- 許可又は免許の番号の欄には、麻薬営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、獣医師又は薬剤師の免許の登録番号を記載してください。
- 欠格条項の(1)欄は、(1)欄にあつては、執行を終わり、又は事実及びその年月日

注意書きの内容を確認した上で申請書を記載し、
愛媛県収入証紙4,100円を注意書きの上に貼って
ください。

し、当該事実があるとき
刑の確定年月日及びその
にあつては、その違反の

継続

麻薬 管理 者 免許 申請 書

管理者 (記載例)

麻薬業務所	所在地	松山市一番町4丁目4-2		
	名称	えひめ〇△病院		
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			
	名称			
許可又は免許の番号		医・歯・薬・薬局・() 第 ×××××× 号	許可又は免 許の年月日	令和 元年 5月 1日
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。	なし		
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。	なし		
	(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。	なし		
備考				
上記のとおり免許を受けたいので申請します。		免許者の住所・氏名を正しく記載してください。 免許証の記載内容と現内容が異なっている場合は、 変更届を提出する必要があります。		
令和 6年 9月 30日				
住所 松山市三番町8丁目234				
氏名 えひめ いちろう 愛媛 一郎				
愛媛県知事 ○ ○ ○ ○ 殿				
		業務所電話番号	089 - ××× - 〇〇〇〇	

医療法、医薬品医療機器等法その他
法令上の所在地、名称と合わせて
ください。

医師・歯科医師・獣医師・薬剤師の免許登録番号及
び登録年月日を記載してください。
(様式下欄(注意)2を参照)

該当する事実がない場合は「なし」と、
ある場合は様式下欄(注意)3を参照
し、記載してください。

免許者の住所・氏名を正しく記載してください。
免許証の記載内容と現内容が異なっている場合は、
変更届を提出する必要があります。

(注意)

- 用紙の大きさは、A4とすること。
- 許可又は免許の番号の欄には、麻薬営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、獣医師又は薬剤師の免許の登録番号を記載してください。
- 欠格条項の(1)欄は、(1)欄にあつては、当該事実があるとき、罰金の確定年月日及びその執行を終わり、又は当該事実及びその年月日があるときは、その違反の年月日及びその年月日を記載してください。

注意書きの内容を確認した上で申請書を記載し、
愛媛県収入証紙4,100円を注意書きの上に貼って
ください。

継続

麻薬 小売業 者 免許 申請 書

小売業者/卸売業者
(記載例)

申請する免許によって「小売業」「卸売業」等を記入してください。

医療法、医薬品医療機器等法
等他法令上の所在地、名称と
合わせてください。

麻薬業務所	所在地	西条市喜多川796-1		
	名称	西条〇△薬局		
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			
	名称			
許可又は免許の番号		医・歯・薬・ 薬局 ・(〇保) 第 × × × 号	許可又は免 許の年月日	令和 元年 5月 1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。	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 に基づく処分に違反したこと。	全員なし		
備考				
上記のとおり免許を受けたいので申請します。				
令和 6年 9月 30日				
住所 西条市喜多川796-1				
氏名 株式会社〇〇〇〇 代表取締役 西条 一郎				
愛媛県知事 〇〇 〇〇 殿				
		業務所電話番号	0897-xx-〇〇〇〇	

医薬品医療機器等法の規定による許可証の番号を記載してください。
許可年月日は有効期間の始期を記入してください。
(様式下欄(注意)2を参照)

該当する事実がない場合は「なし」と、
ある場合は様式下欄(注意)3を参照し、
記載してください。

小売業者、卸売業者の場合は開設者の所在地・氏名(法人の場合は代表者含む)を記載してください。

(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、麻薬営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、獣医師又は薬剤師の免許の番号を記載してください。
- 3 欠格条項の(1)〜(3)は、(1)欄にある事項の執行を終わり、事実及びその年

注意書きの内容を確認した上で申請書を記載し、愛媛県収入証紙(小売業者:4,100円、卸売業者:15,000円)を注意書きの上に貼ってください。

当該事実があるとき確定年月日及びその場合は、その違反の

継続

麻薬 研究者 免許申請書

麻薬業務所	所在地	南宇和郡愛南町御荘平城〇		
	名称	愛媛〇△研究所		
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	<div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; display: inline-block;"> 従たる施設があればその所在地と名称を、なければ「該当なし」と記入するか、斜線で枠を消してください。 </div>		
	名称			
許可又は免許の番号	医・歯・薬・薬局・() 第 ×××××× 号	許可又は免 許の年月日	年 月 日	
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。	なし		
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。	なし		
	(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。	なし		
備考	<div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; display: inline-block;"> 該当する事実がない場合は「なし」と、ある場合は様式下欄(注意)3を参照し、記載してください。 </div>			
上記のとおり免許を受けたいので申請します。 令和 6年 9月 30日 住所 宇和島市天神町7-1 氏名 <small>うわしま じろう</small> 宇和島 次郎 愛媛県知事 ○ ○ ○ ○ 殿		<div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; display: inline-block;"> 免許者の住所・氏名を正しく記載してください。免許証の記載内容と現内容が異なっている場合は、変更届を提出する必要があります。 </div>		
		業務所電話番号	0895-××-〇〇〇〇	

(注意)

- 用紙の大きさは、A4とすること。
- 許可又は免許の番号の欄には、麻薬営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、獣医師又は薬剤師の免許の登録番号を記載してください。
- 欠格条項の(1)欄は、(1)欄にあつては、当該事実があるとき、罰金の確定年月日及びその違反の事実及びその年月日

注意書きの内容を確認した上で申請書を記載し、愛媛県収入証紙4,100円を注意書きの上に貼ってください。