

麻薬 施用（管理、研究）者免許申請書

| | | | | | |
|---|---|---------------------------|------------------------------------|---------------------------|--|
| 麻 薬 業 務 所 | | 所在地 | 県 市 町 丁目 番 号 | | |
| | | 名 称 | 病院、 大学 等 | | |
| 麻薬施用者又は麻薬研究者 にあっては、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 | 例）麻薬施用者として従たる診療施設がある場合、その住所を 記載 | | |
| | | 名 称 | 例）麻薬施用者として銃たる診療施設がある場合、その名称を 記載 | | |
| 許 可 又 は 免 許 の 番 号 | | 第(医師、歯科医師、薬剤 師等の免許番号)号 | 許可又は免許 の年月日 | 平成 年 月 日 (左記の免許の登録年月日) | |
| 申 請 者 業 務 （ 法 を の 人 行 欠 格 役 員 項 目 を は 、 | 法第51条第1項の規定 (1)により免許を取り消さ れたこと。 | なし | | | |
| | 罰金以上の刑に処せら (2)れたこと。 | なし | | | |
| | 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 | | | |
| | 後見開始の審判を受け (4)ていること。 | なし | | | |
| 備 考 | | | | | |
| 上記のとおり、免許を受けたいので申請します。 | | | | | |
| 平成 年 月 日 | | | | | |
| 住 所 県 市 町 丁目 番 号（申請者） | | | | | |
| 氏 名 代表取締役 印 （申請者） | | | | | |
| 鳥取県知事 様 | | | | | |