

麻薬 小売業者 免許申請書

麻薬業務所	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 佐賀市城内1-〇-〇〇		
	名称	薬務課薬局		
薬局開設許可番号		第〇〇〇〇〇〇号	開設許可 年月日	年〇〇月〇〇日
は、申請者（法人にあっては、その業務を行う役員を含む。）の欠格条項	法第51条第1項の規定により免許を取り消されたこと。	なし	薬局開設許可番号及び登録年月日を記載すること。 ※申請中の場合は申請書写しを添付し、『申請中』と記載すること。	
	罰金以上の刑に処せられたこと。	なし		
	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	免許希望日： 年〇〇月〇〇日			
<p>上記のとおり、免許を受けたいので申請します。</p> <p>〇〇年 〇〇月 〇〇日</p> <p>住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） 佐賀市城内1-〇-〇〇</p> <p>氏名（法人にあっては、名称） 有限会社 薬務課薬局 代表取締役 薬務太郎</p> <p>佐賀県知事 様</p>				
参考	申請区分 新規申請	継続申請（現在の麻薬免許番号：第 号）		
連絡先電話番号		0952-25-〇〇〇〇		

薬局開設許可証に記載されている所在地、名称を記載すること。

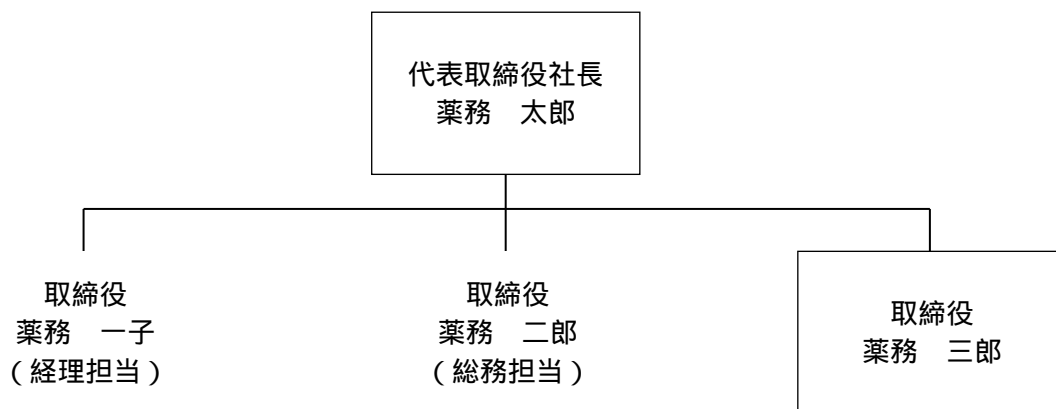
薬局開設許可番号及び登録年月日を記載すること。
※申請中の場合は申請書写しを添付し、『申請中』と記載すること。

届出者の住所、氏名（法人にあっては、法人の主たる事務所の所在地、名称）を記入すること。

診 断 書

住 所	佐賀市兵庫北1-〇-〇		
氏 名	薬務 太郎		
生年月日	明治 大正 昭和 平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日	年 令 〇〇 才
上記の者について、下記のとおり診断します。			
記			
1 精神機能の障害			
<input checked="" type="checkbox"/> 明らかに該当なし 専門家による判断が必要 専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に）			
2 麻薬又は覚醒剤の中毒			
<input checked="" type="checkbox"/> なし あり			
診断年月日は、概ね1月以内のものとする。			
診断年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	詳細については別紙も可	
病院・診療所等の名称	県庁城外病院		
病院・診療所等の所在地	佐賀市城内〇〇-〇〇		
医師氏名	城外 弘		

有限会社 薬務課薬局 業務分掌表



内が麻薬関係業務を行う役員であることを証明する。

年 月 日

佐賀市城内 1 - -
有限会社 薬務課薬局 代表取締役 薬務太郎