

提出期限  
令和7年10月27日（月）

納付方法

☒ 電子申請[整理番号：123456789012]

☐ 決済端末または納付書による収納（手数料納付済申出書を添付）

【記載例】

「施用」「管理」の別を記入。

麻薬(管理・施用)者免許申請書

|                                                                                                                      |                                                               |                        |                |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------|----------------|-----------|
| 麻薬業務所                                                                                                                | 所在地                                                           | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>〇〇市〇〇町〇〇〇 |                |           |
|                                                                                                                      | 名称                                                            | 〇〇医院                   |                |           |
| 麻薬施用者又は麻薬研究者に<br>あつては、従として診療又は<br>研究に従事する麻薬診療施設<br>又は麻薬研究施設                                                          | 所在地                                                           | ※                      |                |           |
|                                                                                                                      | 名称                                                            | ※                      |                |           |
| 許可又は<br>（医師<br>歯科医師<br>獣医師<br>薬剤師）免許の番号                                                                              |                                                               | 第〇〇〇〇〇〇〇号              | 許可又は<br>免許の年月日 | 平成〇〇年〇月〇日 |
| 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。                                | 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                     |                |           |
|                                                                                                                      | (4) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第6号に規定する暴力団員又は同号に規定する暴力団員であったこと。 | なし                     |                |           |
|                                                                                                                      | (5) (4)に規定する者に事業活動を支配されていること。                                 | なし                     |                |           |
| 備考                                                                                                                   | 令和 8 年 1 月 1 日付                                               | 業務所施用者数<br>( 名 )       |                |           |
| 上記のとおり、免許を受けたいので申請し<br>令和〇〇年 〇〇月〇〇日<br>住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>〇〇市〇〇町〇〇〇<br>フリガナ ナガサキ タロウ<br>氏名 長崎 太郎<br>長崎県知事 様<br>押印は不要です。 |                                                               |                        |                |           |

医師、歯科医師、獣医師、薬剤師の免許証に記載されている番号を記載してください。

欠格条項の(1)～(5)欄までには、当該事項がないときは「なし」と記載してください。

現在の免許証のとおり記載すること。  
変更がある場合は、記載事項変更届が必要。

|      |        |       |          |
|------|--------|-------|----------|
| 備考※※ | 免許番号※※ | 受付欄※※ | 保健所受付欄※※ |
|------|--------|-------|----------|