

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】

麻薬（研究）者免許申請書

麻薬業務所	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇〇
	名称	〇〇大学
		TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

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	※	実際に麻薬を保管している施設が、麻薬業務所となること。
	名称	※	

許可又は（ <u>医師</u> ） （ <u>歯科医師</u> ） （ <u>獣医師</u> ） （ <u>薬剤師</u> ） 免許の番号	第〇〇〇〇〇〇号	許可又は 免許の年月日	平成〇〇年〇月〇日
---	----------	----------------	-----------

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	(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、薬剤師の免許を持っている場合は、その番号を記載してください。
	(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	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。
	(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 (名)
----	-----------------	------------------

上記のとおり、免許を受けたいので申請し
令和〇〇年 〇〇月〇〇日

〒〇〇〇-〇〇〇〇
住所 〇〇市〇〇町〇〇〇

フリガナ ナガサキ タロウ
氏名 長崎 太郎

長崎県知事 様

押印は不要です。

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※※