

申請者の個人印を
押印してください。

捨印

様式第1号

麻 薬 管 理 者 免 許 申 請 書

麻 薬 業 務 所	所在地	松江市 町 -			
	名称	島根 病院			
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	所在地	記入不要			
	名称	記入不要			
医師・歯科医師・薬剤師・獣医師免許の 番号、免許年月日を記入してください。		番号	第 123456号	許可又は免 許の年月日	昭和 平成 年 月 日
申請者(含む)の業務を行う役員を 法人にあっては、 その業務を行う役員を	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	県 病院				
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。					
申請日を記入		年	月	日	申請者の住所を記入してください。
		住所	松江市 町 -		
		氏名	松江 太郎		
			松江		
島根県知事 溝口 善兵衛 殿					