

申請者の個人印を  
押印してください。

捨印

### 麻 薬 研 究 者 免 許 申 請 書

麻 薬 業 務 所	所在地	松江市〇〇町〇〇〇-〇〇		
	名 称	島根〇〇研究所		
麻薬施用者又は麻薬研究者にあつては、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	なし		
	名 称	なし		
許 可 又 は 免 許 の 番 号		第 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(法人に於ける役員)の欠格条項	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。(2)	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。(3)	なし		
	後見開始の審判を受けていること。(4)	なし		
備 考	〇〇県〇〇研究所			
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		〇〇 年 〇 月 〇 日		
住所		松江市〇〇町〇〇〇-〇〇		
氏名		松 江 太 郎		
島根県知事		溝 口 善 兵 衛 殿		

該当がない場合は、「なし」と記入してください。

※記入不要

※記入不要

該当がない場合は、「なし」と記入してください。

前研究施設等を記入してください。ない場合は「該当なし」と記入してください。

申請者の住所を記入してください。

申請者の個人印を押印してください。

