

申請者の個人印を
押印してください。

捨印

別記第1号様式

麻 薬 管 理 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	島根〇〇病院		
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	所在地	※記入不要		
	名 称	※記入不要		
<small>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。</small>		第 123456 号	許可又は免 許の年月日	〇〇年〇月〇日

申請者（含む。その業務を行う役員を、法人にあつては、）の欠格条項を

- 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。
- 罰金以上の刑に処せら
- (2) れたこと。
- 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
なし
なし

該当がない場合は、「なし」と記入してください。

前勤務病院等を記入してください。新卒者等の場合は「該当なし」と記入してください。

備 考

〇〇県〇〇病院

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

〇〇 年 〇 月 〇 日

申請者の住所を記入してください。

住所 松江市〇〇町〇〇〇-〇〇

氏名 松 江 太 郎

印

松
江

申請者の個人印を押印してください。

島根県知事 丸山 達也 殿