

申請印と同じものを
押印してください。



麻薬卸売業者免許申請書

麻薬業務所	所在地	松江市〇〇町〇〇〇-〇〇		
	名称	株式会社〇〇 〇〇営業所		
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	所在地	※記入不要		
	名称	※記入不要		
医薬品販売業許可番号と許可年月日 (許可の有効期間の開始日)を記入 してください。	松保 第123456号	許可又は免 許の年月日	〇〇年〇月〇日	

医薬品販売業許可番号と許可年月日
(許可の有効期間の開始日)を記入
してください。

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。	全員なし	} 該当がない場合は、「なし」と記入してください。法人の場合は「全員なし」と記入してください。
罰金以上の刑に処せられたこと。 (2)	全員なし	
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。	全員なし	

備考	
----	--

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

法人の場合は、登記された
本店の所在地、名称、代表
者の氏名を記入してくださ
い。

住所 松江市△△町△△△-△△

法人の場合は、登記
された代表者印を
押印してください。

氏名 株式会社 〇〇〇〇
代表取締役 松江 太郎



島根県知事 丸山 達也 殿