

申請者の個人印を
押印してください。

捨印

麻薬施用者免許申請書

県内2箇所以上の診療施設で麻薬を
施用する場合は、従として診療に従事
する診療施設を記入してください。
該当がない場合は、「なし」と記入し
てください。

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

医師・歯科医師・獣医師免許の番号、
免許年月日を記入してください。

所在地	松江市〇〇町〇〇〇-〇〇		
名称	島根〇〇病院		
所在地	松江市△△町△△△-△△		
名称	島根△△病院		
番号	第123456号	許可又は免 許の年月日	〇〇年〇月〇日

含む。その業務を行う役員を、 申請者（法人にあつては、 申請者）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。	なし
	罰金以上の刑に処せら (2) 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
備考	〇〇県〇〇病院	

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。

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