

麻薬 小売業者 免許申請書

麻 薬 業 務 所		所在地	佐賀市城内1-〇-〇〇			薬局開設許可証に記載されている所在地、名称を記載すること。
		名 称	薬務課薬局			
薬局開設許可番号		第〇〇〇〇〇〇号	開設許可年月日	〇〇年〇〇月〇〇日		
員 申 請 者 (法 人 に あ つ て は、 の 欠 格 条 項 に あ つ て は、 そ の 業 務 を 行 う 役	(1)	法第51条第1項の規定により免許を取り消されたこと。	なし	薬局開設許可番号及び登録年月日を記載すること。 ※申請中の場合は申請書写しを添付し、『申請中』と記載すること。		
	(2)	罰金以上の刑に処せられたこと。	なし			
	(3)	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。	なし			
	(4)	暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第6号に規定する暴力団員又は同号に規定する暴力団員であつたこと。	なし			
	(5)	(4)に規定する者に事業活動を支配されていること。	なし	免許希望日がある場合は、備考欄に記載ください。		
備 考		(免許希望日： 年〇〇月〇〇日)				
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。						
〇〇年 〇〇月 〇〇日						
住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 佐賀市城内1-〇-〇〇						
氏 名 (法人にあつては、名称) 有限会社 薬務課薬局 代表取締役 薬務 太郎						
佐賀県知事 様						
参考	申請区分 ①新規申請 ②継続申請 (現在の麻薬免許番号：第 号)					
			連絡先電話番号	0952-25-〇〇〇〇		

診 断 書

麻薬関係業務を行う役員全員分の診断書を提出ください。

住 所	佐賀市兵庫北1-〇-〇		
氏 名	薬務 太郎		
生年月日	明治 大正 昭和 平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日	年 令 〇〇 才
上記の者について、下記のとおり診断します。 記 1 精神機能の障害 ☒ 明らかに該当なし ☐ 専門家による判断が必要 ※専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に） 2 麻薬又は覚醒剤の中毒 ☒ なし ☐ あり 診断年月日は、概ね1月以内のものとする。			
診断年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	※詳細については別紙も可	
病院・診療所等の名称	県庁城外病院		
病院・診療所等の所在地	佐賀市城内〇〇-〇〇		
医 師 氏 名	城外 弘		