

麻薬 卸売業者 免許申請書

麻薬業務所	所在地	佐賀市城内1-〇-〇〇			医薬品販売業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	株式会社 薬務			
医薬品販売業許可番号		F 第〇〇〇〇〇〇号	許可年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	
申請者(法人にあっては、その業務を行う役員を含む)の欠格条項	(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。	全員なし			医薬品販売業許可番号及び有効期限開始日を記載すること。 欠格条項の(1)欄から(5)欄までには、当該事実がないときは「全員なし」と記載すること 当該事実があるときは、 (1)欄にあってはその理由及び年月日 (2)欄にあってはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日 (3)欄にあってはその違反の事実及び年月日 (4)欄及び(5)欄にあってはその事実があった年月日を記載すること。
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。	全員なし			
	(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。	全員なし			
	(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。	全員なし			
	(5) (4)に規定する者に事業活動を支配されていること。	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。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地) 佐賀市城内1-〇-〇〇 氏名(法人にあっては、名称) 株式会社 薬務 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：第〇〇〇〇〇〇号)				
連絡先電話番号			0952-25-0000		

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1-0-0		
氏 名	薬務 太郎		
生年月日	明治 大正 昭和 平成	00年00月00日	年 令 00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			
<input checked="" type="checkbox"/> 明らかに該当なし			
<input type="checkbox"/> 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			
<input checked="" type="checkbox"/> なし			
<input type="checkbox"/> あり			
<p>診断年月日は、概ね1月以内のものとする。</p>			
診断年月日	00年00月00日	※詳細については別紙も可	
病院・診療所等の名称	県庁城内病院		
病院・診療所等の所在地	佐賀市城内0丁目0番0号		
医 師 氏 名	城内 弘		