**麻薬（ 施用・管理・小売業・卸売業・研究 ）者免許申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 麻 薬 業 務 所 | 所在地 |  | 申請者含む麻薬施用者数a.1人 b.2人以上麻薬管理者a.いる　b.いない |
| 名　称 |  |
| 麻薬施用者又は麻薬研究者にあっては、従として診療又は研究に従事する麻薬診療施設又は麻薬研究施設 | 所在地 |  | 申請者含む麻薬施用者数a.1人 b.2人以上麻薬管理者a.いる　b.いない |
| 名　称 |  |
| 所在地 |  | 申請者含む麻薬施用者数a.1人 b.2人以上麻薬管理者a.いる　b.いない |
| 名　称 |  |
| 許可又は免許の番号（裏面注意３参照） | 医師 | 第　　　　　　　号 | 許可又は免許の年月日 |  　年 　 月 　日 |
| 歯科医師 |
| 獣医師 |
| 薬剤師 |
| 薬局・他 |
| 申請者(法人にあつては、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。 |  |
| (2)罰金以上の刑に処せられたこと。 |  |
| (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。 |  |
| (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。 |  |
| (5) (4)に規定する者に事業活動を支配されていること |  |
| 備考 | 　１．新規　　　　　２．継続　（現在所有する麻薬免許番号： 第 　 － 号） |
|  |
| 　上記のとおり、免許を受けたいので申請します。　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 氏　名（法人にあつては、名称）  沖縄県知事　殿担当者：　　　　連絡先　　　　　　　　　　　 |

（注意）

（裏面：注意事項）

１ 用紙の大きさは、Ａ４とすること。

２ 申請する麻薬取扱者免許の種類について、（　）内に施用・管理・小売業・卸売業・研究のうち該当するものを記入すること。

３ 許可又は免許の番号の欄には、麻薬営業者の免許の申請であるときは、医薬品医療機器等法の規定による許可証の番号を、麻薬施用者又は麻薬管理者の免許の申請であるときは、医師、歯科医師、獣医師又は薬剤師の免許の登録番号を記載すること。

４ 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「なし」と記載し、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を、(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を、(3)欄及び(4)欄にあってはその違反等の事実及び年月日を記載すること。

５ 欠格条項の(4)における「暴力団員」とは暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成三年法律第七十七号）第 2 条第 6 号に規定する者であること。

６ 欠格条項の(5)における「暴力団員等」とは、欠格条項(4)に該当する者であること。