

麻薬（卸売業・小売業）者免許申請書

麻薬業務所	所在地	福岡市博多区～～		
	名称	〇〇博多支店 ※医薬品医療機器等法の許可を受けている営業所の正式名称を記入してください		
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は麻薬研究施設	所在地			
	名称	「医薬品販売」を○で囲み、許可番号を記入してください。 医薬品卸売販売業の有効期間の始期を記入してください。		
許可の番号 (該当する種別に○)	薬局 医薬品販売	第〇〇〇〇〇〇号	許可の 年月日	〇年 〇月 〇日
申請を行う者 (法人を含む。あつては、欠格条業務)	(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・あり ()		
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。	全員なし・あり ()		
	(3) 医事又は薬事に関する法令又はこれに基づく処分を違反したこと。	全員なし・あり ()		
	(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ったこと。	全員なし・あり ()		
	(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・あり ()		
備考	1 新規 2 継続 (麻薬免許番号 第 号)			
	令和7年 4月 1日から免許希望 (希望がある場合のみ)			
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。		開業日、移転日、開設者変更日など特定の日から免許を希望する場合のみ記載してください。		
年 月 日	住所 (法人にあつては、名称) 北九州市小倉北区～～			
氏名 (法人にあつては、名称)	株式会社〇〇〇〇 代表取締役 □□ □□			
免許申請の担当者の名前、連絡先を記入してください。直通番号ではない場合や麻薬業務所以外の連絡先となる場合、部署名等も併せて御記入ください。		法人の名称のみでなく、代表者の肩書と代表者氏名も記載してください。		

担当者名 株式会社〇〇 経営部 福岡 太郎 連絡先 TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

(注 意)

- (1) 用紙の大きさは、A4とする。
- (2) 許可の番号欄には、医薬品医療機器等法の規定による許可証の番号を記載すること。
- (3) 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)欄にあつてはその理由及び年月日を、(2)欄にあつてはその罪、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)欄にあつてはその違反の事実及び年月日を、(4)欄及び(5)欄にあつてはその事実があつた年月日を記載すること。

診 断 書

氏 名	〇〇 〇〇		
生年月日	〇年 〇月 〇日	年 齢	〇〇歳

上記の者について、下記のとおり診断します。

- 1 精神機能
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」に該当する場合は、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 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒 なし あり

診断年月日	〇年 〇月 〇日	※詳細については	
医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等	名 称	〇〇病院
		所 在 地	〇〇市〇〇区～～
		電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	氏 名	※診断した医師の氏名を記入してください 印	

※診断した医療機関の名称、所在地、電話番号を記入してください（ゴム印も可）。

医師の署名もしくは記名・押印が必要です。

免許証の照合欄（新規で原本提示の場合のみ）

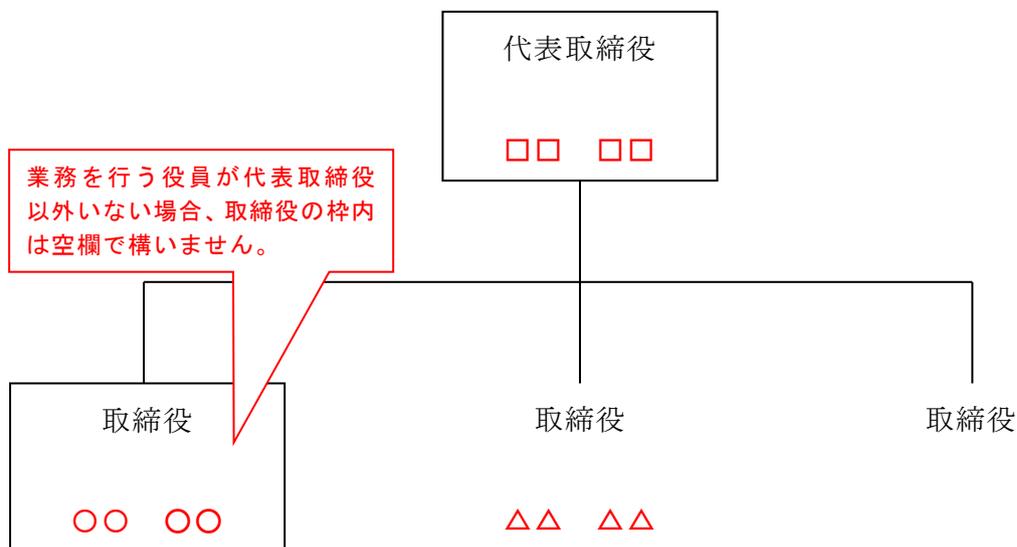
免許の番号及び年
年
保健（福祉（環境）事務）所係員 職名
氏名

※照合欄は受付の保健（福祉環境事務）所で記入する欄ですので、申請者は記入しないでください。

診断医師の個人印です。
氏名が直筆（署名）である場合、押印を省略可。

※ 法人の場合、組織規定図（原本）の提出が必要です（会社で作成している組織規定図・業務分掌表があれば、それを用いても差し支えありません。）

組織規定図



□ 内が麻薬及び向精神薬取締法の免許にかかる業務を行う役員である。

上記のとおり相違ないことを証明します。

○年 ○月 ○日

主たる事務所の

所在地 **北九州市小倉北区～～**

法人の名称及び

代表者の氏名 **株式会社○○○○**

代表取締役 □□ □□