

額面4, 300円分の北海道収入証紙をこの欄に貼り付けのうえ、証紙1枚につき1カ所を申請者の印鑑（施用者・管理者免許の申請者は、その個人印）で消印（証紙と申請書に半分ずつ印影がかかるように割り印する）してください。

開設者届出済証などに記載されている所在地、名称を正確に記載（省略・通称で記載しないこと）

麻薬小売業者免許申請書

麻薬業務所	所在地	△△市〇〇町××丁目□-□			
	名称	医療法人〇〇〇 ×××病院			
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	該当する場合は所在地・名称を記載すること。 免許の有効期間中に複数の従たる施設に勤務する場合は、「北海道一円（ただし、麻薬管理者を設置している場合に限る）」として申請することも可能。 該当しないときはその旨も明記すること。			
	名称				
許可又は免許の番号		第	号	許可又は免許の年月日	（昭和）年 月 日 （平成）
含む）の欠格条項 申請者（法人にあつては、その業務を行う役員を	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	医師等の免許の登録番号と登録年月日を記載してください。		
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。	なし	※麻薬免許番号ではないので注意してください。		
	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	欠格条項に有無については、「なし」の場合も空欄にせず必ず記載すること。該当する事実がある場合は、その内容を詳細に記載		
	(4) 後見開始の審判を受けていること。	なし			
備考		医 歯 獣 薬		麻薬卸売業者、麻薬小売業者は○をつけない。	
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。					
捨印 平成 年 月 日					
欄外に捨印を押印		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）		印	
北海道知事 殿		法人の場合は、代表者印を押印。			

連絡先：電話〇〇〇-××△△ 担当者〇〇