

上部余白に所定の金額の北海道収入証紙を貼り、申請書の印鑑又は署名で消印

麻薬 施用者 者免許申請書

開設届出済証等に記載されている所在地、名称を正確に記載(略称・通称で記載しないこと。)

麻薬業務所	所在地	札幌市**区〇〇条××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	該当なし	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施設に限る)」として申請することも可能。 該当しないときは、その旨明記すること。
	名称	該当なし	

許可又は免許の番号	第〇〇〇〇〇号	許可又は免許の年月日	平成〇〇年〇〇月××日
-----------	---------	------------	-------------

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条の規定により 免許を取り消されたこと。	なし	医師免許等の登録番号。  欠格条項の有無については、「なし」の場合も空欄にせず必ず「なし」と記載すること。 該当する事実がある場合は、その内容を詳細に記載	医師免許等の登録年月日。
	(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) 後見開始の審判を受けていること。	なし		

備考	(医) 歯 獣 薬	該当するものに○をつけること。
----	-----------	-----------------

上記のとおり、免許を受けたいので申請します。

捨印

平成〇〇年〇〇月△△日

申請者の住所は一律「麻薬業務所所在地に同じ」と記載

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 麻薬業務所所在地に同じ

欄外に捨印を押印

氏名 (法人にあつては、名称) ○山 ○子 印

必ず申請者の個人印を押印

北海道知事 殿