

該当する業種を記載

上部余白に所定の金額の北海道収入証紙を貼り，申請者の印鑑又は署名で消印

麻薬 小売業者 免許申請書

所在地・名称は，薬局開設許可証（卸売一般販売業許可証）に記載されているとおり正確に記載

| | | | | |
|---|------------------------------------|----------------|-------------|------------------------------------|
| 麻薬業務所 | 所在地 | 札幌市**区 条××丁目 - | | |
| | 名称 | ××薬局 店 | | |
| 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 | | | |
| 許可又は免許の番号 | 第 - 号 | 許可又は免許の年月日 | 平成 | 年 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。 | 全員なし | 薬局等の許可番号を記載 | 薬局等許可証の許可の有効期間の始期を記載（許可の証明年月日ではない） |
| | (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) 後見開始の審判を受けていること。 | 全員なし | | |
| 備考 | 医 歯 獣 薬 | | | |

薬局等の許可番号を記載

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

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） 東京都 区××

氏 名（法人にあつては，名称） 株式会社××薬局
代表取締役 藤 夫 印

法人の場合は，代表者印を押印。

北海道知事 殿

連絡先：電話 - × × 担当者 田