

(卸売業者・小売業者向け)

※卸売業者の場合は、「卸売業」と記入。

麻 薬 小 売 業 者 免 許 申 請

麻 薬 業 務 所	所在地	〇〇市△△町1番1号	
	名 称	〇〇薬局	
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	該当なし	
	名 称	該当なし	
許可又は免許の番号		第99101000号	許可又は免許の年月日 令和〇年〇月〇日
申 行 請 者 （ 役 員 を 含 む 。 法 人 に あ っ て は 、 欠 格 条 項 業 務 を	(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	
	(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) 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	
	(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	
備 考			
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。			
令和〇年〇月〇日			
住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地) 〇〇市〇〇町1番2号			
氏 名 (法人にあっては、その名称及び代表者の氏名) 株式会社〇〇薬局 代表取締役 山口 太郎			
山口県知事		殿	

※薬局開設許可証の許可番号、許可開始年月日を記入。

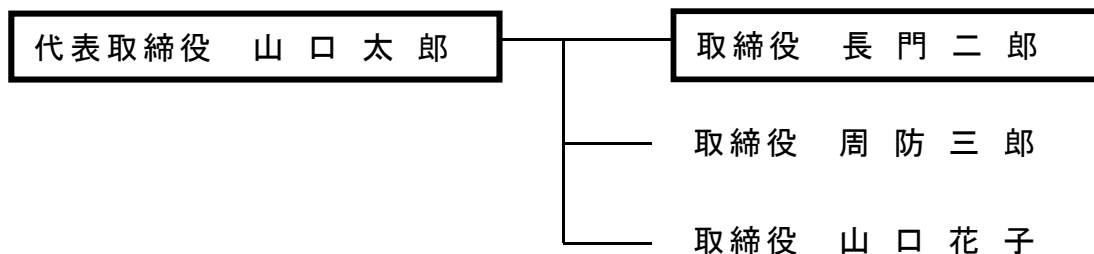
※該当がある場合は、健康福祉センターに記入方法を確認してください。

※開設者が個人の場合は、開設者個人の住所、氏名を記入。

(小売業者向け)

「業務を行う役員の範囲を示す書類」の記載例

株式会社〇〇薬局 組織図



当該申請にかかる業務を行う役員は で示すものである。

令和〇年〇月〇日

〇〇市〇〇町 1 番 2 号

株式会社〇〇薬局
代表取締役 山口 太郎

<注>

で示した役員は、医師の診断書が必要です。