

申請印と同じものを
押印してください。

捨印

麻薬卸売業者免許申請書

麻薬業務所	所在地	松江市 町 -		
	名称	株式会社 営業所		
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	所在地	記入不要		
	名称	記入不要		

医薬品販売業（又は薬局開設）許可番号と許可年月日（許可の有効期限の開始日）を記入してください。

許可番号	松保 第 123456号	許可又は免 許の年月日	昭和 平成 年 月 日
------	-----------------	----------------	-------------------

申請者（含む）の業務を行う役員を（法人にあっては、）	法第51条第1項の規定(1)により免許を取り消されたこと。	全員なし
	罰金以上の刑に処せられたこと。(2)	全員なし
	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。(3)	全員なし
	後見開始の審判を受けていること。(4)	全員なし

該当がない場合は、「なし」と記入してください。法人の場合は「全員なし」と記入してください。

備考	
----	--

上記のとおり、免許を受けたいので申請します。

申請日を記入

年 月 日

法人の場合は、登記された本店の所在地、名称、代表者の氏名を記入してください。

住所 松江市 町 -

氏名 株式会社
代表取締役 松江 太郎

法人の場合は、登記された代表者印を押印してください。

島根県知事 溝口 善兵衛 殿