

申請者の個人印を
押印してください。

捨印

麻薬施用者免許申請書

県内2箇所以上の診療施設で麻薬を
施用する場合は、従として診療に従事
する診療施設を記入してください。
該当がない場合は、「なし」と記入し
てください。

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

医師・歯科医師・獣医師免許の番号、
免許年月日を記入してください。

所在地	松江市 町 -
名称	島根 病院
所在地	松江市 町 -
名称	島根 病院

申請者の番号 第 123456号

許可又は免
許の年月日

昭和

年 月 日

平成

その含む
申請者(業務)の欠格条項
(法人)にあつては、

- 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。
- 罰金以上の刑に処せら
(2)れたこと。
- 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。
- 後見開始の審判を受け
(4)ていること。

なし
なし
なし
なし

該当がない場合は、「なし」
と記入してください。

前勤務病院等を記入してく
ださい。新卒者等の場合は
「該当なし」と記入してく
ださい。

備考

県 病院

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

申請者の住所を記入し
てください。

住所 松江市 町 -

氏名 松江 太郎

申請者の個人印を
押印してください。

松
江

島根県知事 溝口 善兵衛 殿