

麻薬（ ）者免許申請書

麻薬業務所	所在地			
	名称			
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			
許可番号又は免許の番号		免許証番号 第 号	許可又は免許の年月日	年 月 日
申所含 請のむ 者業 務の 法を欠 人行格 にな あう項 つ役 て員 はを	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。			
	(2)罰金以上の刑に処せられたこと。			
	(3)法令又はこれに基づく処分に違反したこと。			
	(4)後見開始の審判を受けていること。			
備 考		<p>新規・継続</p> <p>(現在の麻薬取扱者免許番号：第</p>		
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。				
<p>年 月 日</p> <p>住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)</p> <p>〒</p> <p>氏 名 (法人にあつては、名称)</p> <p style="text-align: right;">⑩</p> <p>連絡先 (電話番号 ) (担当者名 )</p>				
秋田県知事		あて		

麻薬取扱者免許の種類（施用者・管理者・小売業者・研究者を記載します。

記載例

麻薬（ ）者免許申請書

麻薬業務所	所在地	秋田市山王四丁目1番1号		
	名称	〇〇医	麻薬施用者又は麻薬研究者にあつて、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をもたない場合、当該欄は空欄とすること。従として診療に従事する麻薬業務所が2ヵ所以上ある場合、「別紙のとおり」として別紙に当該麻薬診療施設の所在地及び名称を記載し、添付すること。	
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は麻薬研究施設	所在地	麻薬小売業者は、薬局の許可番号、許可年月日を記載します。		
	石	現有する医師、歯科医師、薬剤師、獣医師免許証の種類、免許証番号、登録年月日を記載		
許可番号又は免許の番号		医師 第 00123 号	免許又は免許の年月日	昭和 57 年 5 月 1 2 日
申す含 請のむ 者業 務の 法を欠 人行格 にな 条あ う項 つ役 て員 はを	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。	なし	欠格事項に該当がある場合は、個別に判断しますので、必要な資料を求めることとなります。 (例：交通違反の罰金など)	
	(2)罰金以上の刑に処せられたこと。	なし		
	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。	なし	欠格条項欄には該当事項のないときには「なし」と、麻薬小売業・卸売業者で法人の場合は「全員なし」と記載すること。	
	(4)後見開始の審判を受けて	なし		
備	新規、継続何れかに○します。継続の場合は、現有する免許証の番号を記載します。	新規・継続 (現在の麻薬取扱者免許番号：第 号)		
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。 平成 22 年 9 月 30 日				
※ 旧姓名義を使用している方 秋田太郎 (旧姓：岩手) 旧姓を氏名の後にかっこ書きしてください。		住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 〒010-0951 秋田市山王三丁目1 氏名 (法人にあつては、名称) 秋田 太郎	免許は、個人に与えられるため、住所は申請者の現住所、氏名は戸籍どおりに記載してください。また必ず個人印を押印してください。(住所、氏名はゴム印の使用可)	
		連絡先 (電話番号) 018-860-1407 (担当者名) 秋田 花子		
秋田県知事		あて		

(注意)

- 文字は楷書ではっきり記載すること。
- 医師、歯科医師、薬剤師、獣医師の方は、その免許証の写しを添付してください。  
(継続の場合は、不要です。)

免許証は、直接お渡ししますので、連絡先を記入願います。

# 診 断 書

〈 麻薬及び向精神薬取締法に基づく免許申請用 〉

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日		年 令		
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神障害 精神機能の障害 <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし                      <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p>専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に。詳細については別紙も可）</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 麻薬又は覚せい剤の中毒 <input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り</p>				
診断年月日	年	月	日	
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健施設 等の名称			
	所 在 地	TEL		
	氏 名	印		

※ 各項目について、該当する欄（）にチェック印（）を付けてください。

