

別記第 1 号様式

麻薬（ 施 用 ・ 管 理 ） 者 免 許 申 請 書

あなたの勤務する診療施設についてお尋ねします。
1 麻薬施用者があなたを含めて何人いますか。
① 1人 ② 2人以上
2 麻薬管理者免許を取得している人はいますか。
① いる ② いない

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							
免許の番号 (該当する種別に○)		医師 ・ 歯科医師 獣医師 ・ 薬剤師	第	号	免許の 年月日	年	月	日
申 請 者 の 欠 格 条 項	(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。	なし ・ あり ()						
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。	なし ・ あり ()						
	(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。	なし ・ あり ()						
	(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。	なし ・ あり ()						
	(5) (4)に規定する者に事業活動を 支配されていること。	なし ・ あり ()						
備 考		1 新規 2 継続 (麻薬免許番号 第 号)						
		年 月 日から免許希望 (希望がある場合のみ)						
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。								
年 月 日								
住 所								
氏 名								
福 岡 県 知 事 殿								

担当者名

連絡先 T E L

(注 意)

(1) 用紙の大きさは、A 4 とする。

(2) 免許の番号欄には、麻薬施用者又は麻薬管理者の免許の申請であるときは、医師、歯科医師、獣医師又は薬剤師の免許の登録番号を記載すること。

(3) 欠格条項の(1) 欄から(5) 欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、当該事実があるときは、(1) 欄にあってはその理由及び年月日を、(2) 欄にあってはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(3) 欄にあってはその違反の事実及び年月日を、(4) 欄及び(5) 欄にあってはその事実があった年月日を記載すること。

診 断 書

氏 名			
生年月日	年 月 日	年 齢	歳
上記の者について、下記のとおり診断します。			
1 精神機能 精神機能の障害 ☐ 明らかに該当なし ☐ 専門家による判断が必要 「専門家による判断が必要」に該当する場合は、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） _____			
2 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒 ☐ なし ☐ あり			
診断年月日	年 月 日	※詳細については別紙も可	
医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等	名 称	
		所 在 地	
		電話番号	
	氏 名		印

免許証の照合欄（新規で原本提示の場合のみ）

免許の番号及び年月日については、原本と相違ありません。

年 月 日

保健（福祉（環境）事務）所係員 職名

氏名