

別記第1号様式

麻薬（卸売業・小売業）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				
許可の番号 (該当する種別に○)	薬局 医薬品販売	第	号	許可の 年月日	年 月 日
申 を 行 う 者 (法 人 を 含 む 。) て は 、 欠 格 条 項 務	(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 ・ あり ()			
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。	全員なし ・ 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。	全員なし ・ 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。	全員なし ・ 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。	全員なし ・ 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 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 氏 名 (法人にあつては、名称) 福岡県知事 殿					

担当者名

連絡先TEL

(注 意)

- (1) 用紙の大きさは、A 4 とする。
- (2) 許可の番号欄には、医薬品医療機器等法の規定による許可証の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)欄にあつてはその理由及び年月日を、(2)欄にあつてはその罪、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)欄にあつてはその違反の事実及び年月日を、(4)欄及び(5)欄にあつ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）

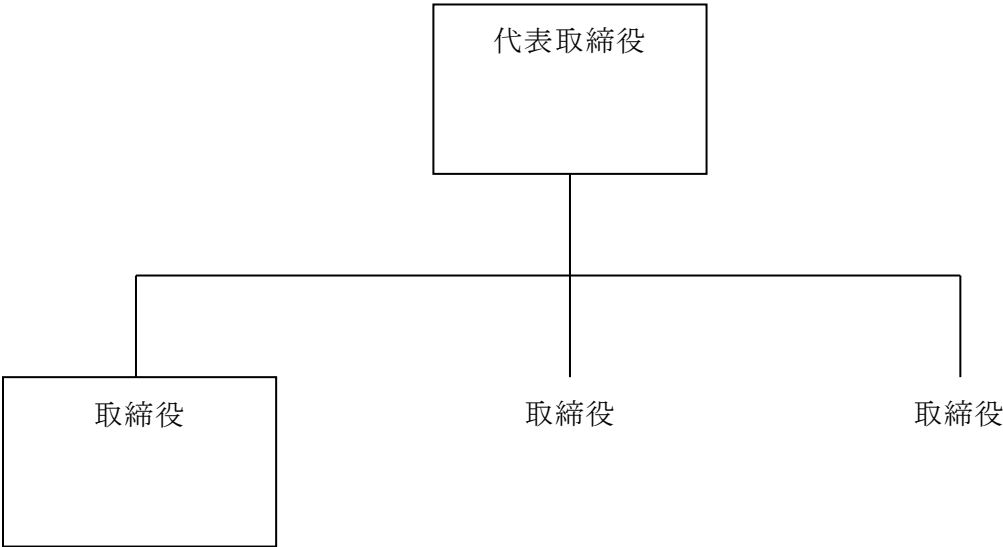
免許の番号及び年月日については、原本と相違ありません。

年 月 日

保健（福祉（環境）事務）所係員 職名

氏名

組織規定図



内が麻薬及び向精神薬取締法の免許にかかる業務を行う役員である。

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

主たる事務所の
所在地

法人の名称及び
代表者の氏名