

別記第1号様式

1の質問は、①又は②に○を付けてください。
2の質問は、1の質問が②の場合のみお答えください（麻薬管理者申請中の場合は、「②いない」の方に○を付け、「申請中」と記入してください）。

麻薬（施用・管理）者免許申請書

あなたの勤務する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	福岡市博多区～～		
	名称	医療法人○○□□病院 ※医療法の許可を受けている（届出を行っている） 医療機関の名称を記入してください		
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 は麻薬研究施設	所在地	北九州市小倉北区～～		
	名称	□□診療所		
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（ ）	医師、歯科医師、獣医師の別を記入し、医師免許 証等の免許番号を記入してください。 ※薬剤師は麻薬施用者免許を申請できません。	
	(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 これに基づく処分を違反したこと。	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（ ）	○をつけてください。 欠格条項に該当事実がある場合、次頁 の注意事項（3）を参照の上、ありの 横の（ ）に内容を記載してください。	
	(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）			
	令和7年 4月 1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 福岡市博多区～～				
氏 名 福岡 太郎				
免許申請の担当者の名前、連絡先を記入してください。直通番号ではない場合や麻薬業務所以外の連絡 先となる場合、部署名等も併せて御記入ください。				

※医療法人○○といった法人名を
医療法上の「施設の名称」に記載し
ていない場合、麻薬業務所の名称
にも記載しないでください。

※複数の施設で麻薬を施用する必要がある
場合は、その施設を記入してください
（2カ所以上の場合は、欄を分割して記入
するか別紙に記入してください）。

医師等の免許取得年月日
を記入してください。

医師、歯科医師、獣医師の別を記入し、医師免許
証等の免許番号を記入してください。
※薬剤師は麻薬施用者免許を申請できません。

○をつけてください。
欠格条項に該当事実がある場合、次頁
の注意事項（3）を参照の上、ありの
横の（ ）に内容を記載してください。

異動日や新規開業の日が決まっている
など特定の日から免許を希望する場
合のみ記載してください。

申請年月日（書類を提出される日）を記入してください。

担当者名 管理課 河野 花子

連絡先TEL ○○○-○○○-○○○○

(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	福岡 太郎		
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	
医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等	名 称	○○病院	
		所 在 地	○○市○○区～～	
		電話番号	○○○－○○○－○○○○	
	氏 名		※診断した医師の氏名を記入してください 印	

※診断した医療機関の名称、所在地、電話番号を記入してください（ゴム印も可）。

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

年

保健（福祉（環境）事務所）

氏名

医師の署名もしくは記名・押印が必要です。

※照合欄は受付の保健（福祉環境事務）所で記入する欄ですので、申請者は記入しないでください。

診断医師の個人印です。
氏名が直筆（署名）である場合、押印を省略可。