

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（**管理**）者免許申請書

あなたの勤務する麻薬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っては、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()		
	(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				

※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。

※麻薬管理者免許の申請の場合、従として従事する施設欄は斜線を引いてください。

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、薬剤師の別を記入し、医師免許証等の免許番号を記入してください。

○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。

異動日や開設者変更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。

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。

担当者名 庶務課 ^{しんや}新谷 太郎 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	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 <input checked="" type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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）。

医師の署名もしくは記名・押印が必要です。

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。

※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。

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