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 |
|  | 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 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　　　　　　殿 |

|  |  |
| --- | --- |
| 　担当者名　　　　　　　　　　　　　　 | 連絡先ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　 |

（注　意）

（１）　用紙の大きさは、Ａ４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　　　　　　　　　　　　　 |