

麻薬 研究 者免許申請書

麻薬業務所	所在地	福岡市博多区～～		
	名称	〇〇大学〇〇学教室 ※麻薬を使用する研究機関の正式名称を記入してください (研究室名・講座名まで記入してください)		
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	福岡市東区～～		
	名称	〇〇研究所		
許可又は免許の番号		種別第	号	許可又は免許の年月日
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)		
		令和〇年 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。		担当者交代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。		
〇年 〇月 〇日		申請年月日(書類を提出される日)を記入してください。		
住所 福岡県大野城市～～		麻薬業務所所在地ではなく、自宅住所を記入してください。		
氏名 福岡 太郎		研究施設の開設者名ではなく、申請者自身の個人名を記載してください。		
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。		研究施設の開設者名ではなく、申請者自身の個人名を記載してください。		

担当者名 人事課 渡辺 連絡先TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

(注 意)

(1) 用紙の大きさは、A4とする。

(2) 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 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)。

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。

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 年	※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。
保健(福祉(環境)事務)所係員 職名	氏名

年 月 日

研究同意書

福岡県知事 殿

麻薬研究施設の設置者名 設置者印
(又は施設長名) (又は施設長印)

〇〇〇〇 (研究者氏名) が、▲▲▲▲ (研究施設名) において、研究計画書のと
おり研究を行うことに同意します。