

別記第1号様式（第一条関係）

新規・継続	【継続申請時のみ記載】現に所持する麻薬取扱者免許番号 第 _____ 号	
担当者名		連絡先

麻薬（卸売業・小売業・施用・管理・研究）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 又 は 免 許 の 番 号		医薬品販売業、薬局の許可の番号 又は医師・歯科医師・獣医師・薬 剤師の 免許の番号	医薬品販売業、薬局の許可年月日 又は医師・歯科医師・獣医師・薬剤師の 免許取得年月日
		第 _____ 号	年 _____ 月 _____ 日
申 請 の 者 業 務 欠 格 法 を 人 行 項 に あ っ て は を 、 含	(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。		
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこ と。		
	(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。		
	(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。		
	(5) (4)に規定する者に事業活動を 支配されていること。		
備 考			
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		〔 施用者、管理者、研究者にあつては、個人の住所 卸売業者、小売業者の開設者が法人にあつては、主たる事務所の所在地 〕	
氏 名		〔 施用者、管理者、研究者にあつては、個人の氏名 卸売業者、小売業者の開設者が法人にあつては、名称 〕	
(宛先)			
埼玉県		保健所長	

(注意)

1. 用紙の大きさは、A4とすること。
2. 許可又は免許の番号の欄には、麻薬営業者の免許の申請であるときは、医薬品医療機器等法の規定による許可証の番号を、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つた年月日を記載すること。

診 断 書

氏 名

年 月 日生

1. 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な場合において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
(出来るだけ具体的に)

2. 麻薬若しくは覚醒剤の中毒

{ な し }
{ あ り }

上記のとおり診断する。

年 月 日

医療機関名 称

医療機関所在地

(又は医師住所)

医 師 氏 名

麻薬診療施設の開設者 又は麻薬研究施設の設 置者の氏名 (法人にあ っては、名称及び代表 者の氏名)		施用者・管理者 の所属業務所 (○ 印)	1. 病 院 2. 一般診療所 3. 歯科診療所 4. 飼育動物診療施設
麻 薬 管 理 者	有 ・ 無	氏 名	
(保健所使用欄) 照 合 確 認	年 月 日		印

(注意)

令和2年10月6日付薬生発1006第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知による様式を使用しても差し支えないこと。