

# 麻薬施用者免許申請書 記載例

## 【証紙について】

- ・重ならないように貼り付けてください。
- ・用紙の端から離して貼り付けてください。

県 収 入  
証 紙

県 収 入  
証 紙

県 収 入  
証 紙

麻薬施用者免許申請書

県 収 入  
証 紙

消印しないこと

|                                                                                                      |                                                                               |               |                   |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------|-----------|
| 麻 薬 業 務 所                                                                                            | 所在地                                                                           | 徳島市万代町1丁目1番地  |                   |           |
|                                                                                                      | 名 称                                                                           | 医療法人○×会 △□病院  |                   |           |
| 麻薬施用者又は麻薬研究者<br>にあつては、従として診療又は<br>研究に従事する麻薬診療<br>施設又は麻薬研究施設                                          | 所在地                                                                           | 徳島市万代町5丁目71番地 |                   |           |
|                                                                                                      | 名 称                                                                           | 医療法人 ○△□クリニック |                   |           |
| 許可又は免許の番号                                                                                            |                                                                               | 第1○×△□5号      | 許可又は免許<br>の 年 月 日 | ○×△□年○月×日 |
| 申 請 者<br>（法人に<br>あつては、<br>その業務を<br>行ふ役員を<br>含む。）の<br>欠格条項                                            | (1) 法第51条第1項の規定により<br>免許を取り消されたこと。                                            | なし            |                   |           |
|                                                                                                      | (2) 罰金以上の刑に処せられた<br>こと。                                                       | なし            |                   |           |
|                                                                                                      | (3) 医事又は薬事に関する法令<br>又はこれに基づく処分に違<br>反したこと。                                    | なし            |                   |           |
|                                                                                                      | (4) 暴力団員による不当な行為の<br>防止等に関する法律第2条第<br>6号に規定する暴力団員又は<br>同号に規定する暴力団員であ<br>ったこと。 | なし            |                   |           |
|                                                                                                      | (5) (4)に規定するものに事業活<br>動を支配されていること。                                            | なし            |                   |           |
| 備 考                                                                                                  |                                                                               |               |                   |           |
| <p>上記のとおり、免許を受けたいので申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 徳島市△□町○丁目×番地</p> <p>氏 名 ○ ○ ○ ○</p> <p>徳島県知事 殿</p> |                                                                               |               |                   |           |

医療法、医薬品医療機器等法  
など他法令上の所在地、名称  
と合わせて記載してください。

上記業務所以外の診療  
施設で麻薬を使用する  
場合に記載してくださ  
い。

医師免許証等の登録番号及び登録年月日  
を記載してください。  
※麻薬施用者の免許番号ではありません。

欠格条項について該当する項  
目があれば、裏面※記載につ  
いての注意②を参考にして記載  
してください。

免許申請者の住所、氏名を記載  
お願いします。

## 【押印(訂正印を含む)不要】

・免許申請書欄の押印は不要です。

・申請書に誤記があった場合の訂正印は不要です。

訂正する際は、修正液及び修正テープ等は使用せず、訂正したことが明らか  
になるように二重線等で訂正してください。

写

麻薬施用者の場合は、医師、歯科医師、獣医師の免許証の写

自分以外の医師による診断書が必要です。  
別紙でもかまいません。

## 診 断 書

氏 名 \_\_\_\_\_

性 別 \_\_\_\_\_

昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (年 令 \_\_\_\_\_ 才)  
生年月日 平成

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（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<br>老人保健施設等の名称 |              |
|       | 所 在 地                    | 電話番号 ( ) -   |
|       | 氏 名                      |              |

※記載についての注意

①許可又は免許の番号の欄には、麻薬施用者の申請であるときは、医師、歯科医師又は獣医師免許の登録番号を記載すること。

②欠格条項(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。

③手数料は麻薬施用者 3, 9 0 0 円(県収入証紙)