

**麻薬管理者免許申請書 記載例**

※訂正する際は、修正液及び修正テープは使用しないでください。  
訂正したい部分を二重線で見え消し、訂正印を押印し、正しく書き直してください。

※証紙は重ならないように貼りつけてください。

県収入  
証紙

県収入  
証紙

県収入  
証紙

県収入  
証紙

麻薬管理者免許申請書

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			開設者が法人の場合は、必ず法人名から記載してください。	
	名称	医療法人〇×会 △□病院				
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	麻薬管理者免許申請の際には、記載の必要はありません。				
	名称					
許可又は免許の番号		第1〇×△□5号	許可又は免許の年月日	昭和△〇年□月×日 平成		
申す含 申請のむ 者業。(務 )法をの 人行欠 にな格 あう条 つ役項 て員は を、 (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) 医事又は業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) 後見開始の審判を受けていること。	(1)	なし	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。 ※麻薬管理者の免許番号ではありません	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。		
	(2)	なし				
	(3)	なし				
	(4)	なし				
備考		上記のとおり、免許を受けたいので申請します。				
		平成	年	月	日	先生個人の住所、氏名、押印をお願いします。
		住所	徳島市△□町〇丁目×番地			
		氏名	〇 〇 〇 〇			(印)
徳島県知事		殿				

写

麻薬管理者の場合は、医師、歯科医師、獣医師、薬剤師の免許証の写

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 ( 男 ・ 女 )

生年月日 大 正 年 月 日 ( 年 令 才 )  
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	平成 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。
- ②欠格条項(1)欄から(4)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)欄にあっては「ある」と記載すること。
- ③手数料は麻薬管理者、麻薬研究者3,900円(県収入証紙)