

別記第 1 号様式（第 1 条関係）

薬務課記載欄

申請資格の
確 認 欄

手数料確認欄

継 続

麻 薬 施 用 ・ 管 理 ・ 小 売 業 ・ 研 究 ・ 卸 売 業 者 免 許 申 請 書

麻 薬 業 務 所	所在地	〒		
	名 称	TEL		
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	TEL		
許可または免許の番号		医 師 歯科医師 獣 医 師 第 号 薬 剤 師 薬 局 医薬品販売業	許可又は免許の年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和
申（そのむ）請（の）者（業）務（の）欠（格）条（項） （法を行人にう役員を含、	(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。			
備 考	申請者が現に所持する麻薬取扱者免許番号	第 号		
	申請麻薬業務所における麻薬施用者数	無 ・ 1 名 ・ 2 名 ・ 3 名 ・ 4 名 ・ 5 名 以 上		
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 〔法人にあつては主たる事務所の所在地〕				
〒				
氏 名 〔法人にあつては名称〕				
神 奈 川 県 知 事 殿				

(注意)

1 用紙の大きさは、A 4 とすること。

2 申請する麻薬取扱者免許の種類について、施用・管理・小売業・研究・卸売業のうち該当するものを○で囲むこと。

3 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。

4 欠格条項の(1)欄から(3)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記載すること。

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日	年 月 日	年 齢	歳	
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>(各項目について該当する□欄にチェック☑を付けてください。)</p> <p>1 精神機能</p> <p>精神機能の障害</p> <p><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p><input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p>「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を記載すること(できるだけ具体的に。詳細については別紙も可)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり</p>				
診 断 年 月 日	年 月 日			
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			