

1の質問は、①又は②に○を付けてください。  
 2の質問は、1の質問が②の場合のみお答えください（麻薬管理者申請中の場合は、「②いない」の方に○を付け、「申請中」と記入してください）。

別記第1号様式

麻薬（**管理**・施用）者免許申請書

あなたの勤務する診療施設についてお尋ねします。  
 1 麻薬施用者があなたを含めて何人いますか。  
 ① 1人 ② 2人以上  
 2 麻薬管理者はいますか。  
 ① いる ② **いない** 申請中  
 ※この欄は記入しないこと

麻薬業務所	所在地	福岡市博多区～～		
	名称	医療法人〇〇〇〇〇〇病院 ※医療法の許可を受けている（届出を行っている） 医療機関の正式名称を記入してください		
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	/		
	名称			
医師（歯科医師、獣医師、薬剤師）免許の番号		種別 <b>薬剤師</b> 第 〇〇〇〇〇 号	免許の 年 月 日	〇年 〇月 〇日
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	医師、歯科医師、獣医師、薬剤師の別を記入し、 医師免許証等の免許番号を記入してください。	
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。	なし	欠格条項に該当事実がある場合、 下記の注意事項（3）を参照してください	
	(3) 医師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		
備考	1 <b>新規</b> 2 継続（麻薬免許番号 号）			

上記のとおり、免許を受けたいので申請します。

申請年月日（書類を提出される日）を記入してください

〇年 〇月 〇日

住所 福岡市博多区～～

氏名 **福岡 太郎**

病院等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。

福岡県知事 殿

(注 意)

- (1) 用紙の大きさは、日本産業規格 A4 とする。
- (2) 免許の番号欄には、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(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)欄に於てはその理由及び年月日を、(2)欄に於てはその罪、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つた場合はその年月日を、(3)欄に於てはその違反の事実及び年月日を記載すること。

医師免許等の氏名と合わせること

## 診 断 書

氏 名			
生年月日	年 月 日	年 令	才
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 <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 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 麻薬中毒者又は覚醒剤の中毒者 <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり			
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 介護老人保健施 設等の名称、 所在地	※診断した医療機関の名称、所在地を記入してください	
	氏 名	TEL	診断医師の個人印です 印

免許証の照合欄(新規で原本提示の場合のみ)

※受付の保健(福祉環境事務)所で記入する欄ですので、記入しないでください。

免許の番号及び年月日については、原本と相違ありません。

年 月 日

保健(福祉環境事務)所係員 職名

氏名