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 | |
| ※この欄は記入しないこと | |
|  | | 所在地 |  | | | |
| 名　称 |  | | | |
| 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  第 号 | 免　許　の  年　月　日 | | 年　　月　　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。 | |  | | | |
| (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 | | | １　新規 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。  　　　　　年　　　月　　　日  住　所  氏　名 印  　　　　　　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（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つ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 |  | | | | | |
| 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　　□　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　麻薬中毒者又は覚醒剤の中毒者　　　　□　該当なし　　　□ 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 | ＴＥＬ | | | |
| 氏　　　名 | 印 | | | |

|  |
| --- |
| 免許証の照合欄（新規で原本提示の場合のみ）  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　　　　　　　　　　　　　印 |