

麻薬取扱者免許申請の記入上の注意

黒（青）インク又は黒（青）ボールペンを用いて、楷書で記入してください。

提出部数は1部。ただし、熊本市以外の場合で小売業の新規申請と研究者・卸売業者の申請については2部提出してください。

（提出先） 熊本市の場合 : 熊本県健康福祉部健康局薬務衛生課
熊本市以外の場合 : 業務所所在地を管轄する保健所

業務内容に応じて、申請区分の 内に、✓印を記入してください。

新規・継続のどちらに該当するか、 内に、✓印を記入してください。
なお、継続の場合は、旧免許番号の欄に番号を記入してください。

麻薬業務所と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の欄には、所在地と名称を記入するとともに、郵便番号と電話番号を必ず記入してください。

なお、従として診療を行う施設が2ヶ所以上ある場合は、1ヶ所を欄の中に記入していただき、他の施設については、申請書の一番下の余白に所在地及び名称等を記入してください。

許可又は免許の番号の欄については、申請者の資格の該当する 内に、✓印を記入し、その免許番号あるいは許可番号をそれぞれの欄に記入してください。

また、免許又は許可の年月日を右の欄に記入してください。

申請者の欠格事項の欄については、各事項に該当する場合は「ある」の 内に、✓印を記入し、内容を（ ）に記入してください。なお、欠格事項に該当しない場合は「なし」の 内に✓印を記入してください。

また、精神機能の障害に関して「専門家による判断が必要」との診断がある場合は、以下により専門家による診断書を提出してください。

- ・ 診断者が精神科医、心療内科医等の専門家ではない場合は、別添1の診断書に加え、別添2により、精神科医、心療内科医等の専門家による診断書を提出してください。
- ・ 診断者が精神科医、心療内科医等の専門家で、被診断者の主治医である場合は、別添1の診断書中、「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」の欄に「業務への支障の有無」に関する記載があるか確認して提出してください。

施用者、管理者、研究者の申請にあたっては、必ず裏面の診断書に必要事項を記入してください。
また、小売業者、卸売業者の申請にあたっては、麻薬関係業務を行う役員全員の診断書が必要です。
なお、診断書はできる限り最近（発行から1カ月以内が目途）のものを提出するよう努めてください。

施用者、管理者、研究者の申請の際には、免許番号の確認を行いますので、医師等の免許証原本持参若しくは免許証写しの添付をお願いします。

研究者の免許申請にあたっては、履歴書、麻薬研究に関する計画書等を添付してください。

申請書の太枠のなかには、記入しないでください。

記入例

(様式第1号)

この申請で施用者が2人以上になる場合、同時に管理者免許申請が必要となります。

業務内容に応じて、申請区分の 内に、✓印を記入してください。

当該事項に 印をつけてください。

当該事業所の施用者数はこの申請者を除くと
 a. 0人 b. 1人 c. 2人以上
 現在麻薬管理者は
 a. いる b. いない

麻薬(施用・管理・小売業・卸売業・研究)者免許申請書 (新規・継続) _____

新規、継続どちらに該当するか、 内に✓印を記入してください。
 なお、継続の場合は旧免許番号欄に番号を記入してください。

当該事項に✓印をつけてください。

旧免許番号 第 _____ 号

麻薬業務所	所在地	(〒 - TEL -)		
	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	施用者又は研究者で、麻薬業務所以外の施設で麻薬を扱わない場合は空欄とします。他の業態は記入しません。		
	名称			
許可又は免許の番号	医師 歯科医師 薬剤師 獣医師	免許番号第 _____ 号	免許又は許可の年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	卸売販売業 薬局	許可番号第 _____ 号		
申請者(法人にあっては、その業務を行う役員を含む。)の欠格事項 注意 裏面参照	(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。	ある() なし		
	(2)罰金以上の刑に処せられたこと。	ある() なし		
	(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。	ある() なし		

許可又は免許の番号の欄については、申請者の資格の該当する 内に、✓印を記入し、その免許番号あるいは許可番号をそれぞれの欄に記入してください。

(例)小売業者の場合、薬局開設許可番号及びその有効期間の初日を記載します。

上記のとおり、 _____ 年 月 日 提出日

(1)~(3)の各事項に該当する場合は「ある」の 内に、✓印を記入し、内容を()に記入してください。
 なお、欠格事項に該当しない場合は「なし」の 内に✓印を記入してください。

住所(〒 - TEL -)

氏名 _____ 様

【住所・氏名欄】

施用者、管理者、研究者：申請者の自宅住所と申請者の氏名を記入します。
 小売業者、卸売業者：開設者申請者が法人の場合、主たる事務所の所在地、法人名、代表者肩書き、代表者の氏名を記入します。

文書分類	分類記号	006-003-002-001	主題名	申請の受付及び審査等に関する文書	保存期限	5年
決裁区分	所長 課長	太枠内には何も記入しないでください。			起案	令和 _____ 年 月 日
業務衛生課長(所長)	審議員(次長)	(次長)	(薬事担当)(課長)	(監視麻薬担当)(主幹)	起案者	課 員 文書審査 公印承認
保健所受付日付印	保健所決裁日付印	保健所発送日付印	業務衛生課受付日付印	業務衛生課決裁日付印	業務衛生課発送日付印	
衛生総合情報システム 受付番号(保健所)	衛生総合情報システム 受付番号(業務衛生課)			令和 _____ 年 月 日		
許可番号	第 _____ 号	免許年月日	令和 _____ 年 月 日			