(様式第32号)

**覚醒剤原料取扱者指定申請書**

覚醒剤取締法第３０条の５において準用する同法第４条第２項の規定により、覚醒剤原料者の指定

を申請します。

年　　　月　　　日

住　所（〒　　　　－　　　　）（℡　　　－　　　－　　　　）

氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

熊本県知事　　　　　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 業務所の所在地  及び名称 | （〒　　　　－　　　　　）（℡　　　　　－　　　　　－　　　　　） |
| 取　扱　品　目 |  |
| 参　考　事　項 |  |

**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。
* 業務所の所在地が熊本市の場合は提出部数は１部とし、熊本市以外の場合は、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：業務所在地を管轄する保健所

* 申請者が法人の場合は、氏名欄には、その名称及び代表者の氏名を記載すること
* 取扱品目欄には、一般的名称を記載すること。
* 参考事項欄には、①覚醒剤取締法施行規則第９条第４号に規定する者のいずれに該当するかの別及びその業種名、②取扱責任者の

氏名、③その他参考となる事項を記載すること。

・申請書に添付する書類は、１）申請者が法人の場合は、申請者の定款又は寄付行為の写し、２）申請者が法人の場合は、登記の謄本、３）保管場所を中心とした平面見取り図、４）保管場所として倉庫・薬品庫を使用する場合はその面積及び設備、５）金庫等を保管場所として用いる場合は、その立体図（大きさ、重量、材質、施錠状態等）

* 収入証紙（11,700円）は、裏面に貼付してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | １　本申請書を進達してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 起案　令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| □　課長 | | | ２　本申請について、指定証を交付してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬務衛生課長  （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 | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  |  | | | | | 厚生省令第３０号別記第９号様式であるため  審査不要 | | | | | |  | | | |
| 保健所受付印 | | 保健所決裁日付印 | | | | | | 保健所発送日付印 | | | | | | | | 薬務衛生課受付日付印 | | | | 薬務衛生課決裁日付印 | | | | | | | 薬務衛生課発送日付印 | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |
| 許可番号 | | 第　　　　　　　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | | | | | 指定年月日 | | | | 令和　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（薬務衛生課） | | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |