（様式第１号）　　　　　　　　　　　　　※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）**

※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 | （〒　　　－　　　　　　TEL －　　　　－　　　　　） | | | | |
| 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。）の欠格条項　　※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 | | |
| (4)暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第２条第６号に規定する暴力団員又は同号に規定する暴力団員であったこと。 | | | □ある（　　　　　　　　　　　　　）□なし | | |
| (5) (4)に規定する者に事業活動を支配されていること。 | | | □ある（　　　　　　　　　　　　　）□なし | | |
| 備考 |  | | | | | |

上記のとおり、免許を受けたいので申請します。

　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　（〒　　　－　　　　TEL　　　－　　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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、免許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 | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |  | | | | | | 昭和２８年厚生省令第１４号別記第１号様式であるため  審査不要 | | | | |  | | | |
| 保健所受付日付印 | | 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 | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | |  | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| 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） | | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |
| 免許番号 | | 第　　　　　　　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | | | | 免許年月日 | | 令和　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |

診　断　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　 名  別添１ | |  | |
| 生年月日 | | 大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　月　　　日 | |
| 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、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒**  　　　　　　　　　　　□　なし　　　　□　あり | | | |
| 診断年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 |
| 診　断　者 | 医療機関の所在地  医療機関の名称  医師の氏名 | | （TEL - - ） |

（※注意：欠格事項欄）

①　欠格事項の(1)欄の法とは、麻薬及び向精神薬取締法をいう。

②　欠格条項の(1)欄から(5)欄までには、当該事実がないときは「なし」に、当該事実があるときは「ある」にチェックし、(1)欄にあってはその理由及び年月日を、(2)欄にあってはその罪、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にはその年月日を、(3)欄にあってはその違反の事実及び年月日を、(4)欄及び(5)欄にあってはその事実があった年月日を記載すること。

（※注意：診断書記入欄）

①　診断した医師により修正を行う際は、見え消しにて修正前の記載が分かるように修正をしてください。

②　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、別途、専門家による診断書が必要になる場合があります。※詳細は、記入上の注意参照

**収入証紙貼付欄**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |

施用者、管理者、小売業者、研究者は４，０００円　卸売業者は１４，８００円