

書類の説明

《内容説明》

- ・麻薬（施用・管理）者免許を受けようとする場合

《提出書類》

- ・麻薬（施用・管理）者免許申請書
- ・診断書（作成日から１ヶ月以内のもの）
- ・医師、歯科医師、獣医師、薬剤師の免許証の写し*

新たに麻薬業務所となる場合

- ・麻薬保管庫の構造等を示すもの及び麻薬保管庫の位置を示す見取図*
（ただし、麻薬を保管しない場合は不要）

*引き続き免許を受けようとする場合は、省略可能な書類です。

《手数料》

３，９００円

《留意事項》

- ・麻薬診療施設において、麻薬施用者が２人以上となる場合は、麻薬管理者１人を置かなければなりません。麻薬管理者を置く必要がある場合は、事前に薬務行政室又は県立保健所へご相談ください。

麻 薬 業 務 所	所 在 地	〒 -		
	名 称	TEL - -		
麻薬施用者又は麻薬研究者に あつては、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	※		
許可又は （ 医 師 歯科医師 獣 医 師 薬 剤 師 ）免許の番号		第 号	許 可 又 は 免 許 の 年 月 日	年 月 日
申請者（法人にあつては、その業務を行う役員を含む。）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違反したこと。		
	(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。		
	(5)	(4)に規定する者に事業活動を支配されていること。		
備 考		年 月 日付		業務所施用者数 (名)
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 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) フリガナ 氏 名 (法人にあつては、名称)				
長崎県知事		様		

備考※※	免許番号※※	受付欄※※	保健所受付欄※※
------	--------	-------	----------

現 麻 薬 取 扱 者 免 許 番 号	業 務 所 の 開 設 者 氏 名 (法 人 等 の 場 合 は 代 表 者 氏 名)
第 号	

診 断 書

氏 名

年 月 日 生

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詳細については別紙も可）

2 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒

☐ な し ☐ あ り

年 月 日

病院、診療所又は
介護老人保健施設
等 の 名 称

所 在 地

医 師 の 氏 名

記 載 要 領

1. 標題中（ ）の中には「管理者」「施用者」の別を記入すること。
2. ※印の欄は兼務する麻薬診療施設又は麻薬研究施設がある場合のみ記入すること。
3. 許可又は免許の番号の欄には、麻薬施用者又は麻薬管理者の免許申請であるときは、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。
4. 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」と記載し、当該事実があるときは、(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。
5. 住所、氏名の欄は、免許申請者本人であること。
6. ※※印の欄には記載しないこと。