

別記第1号様式

麻薬（卸売業・**小売業**）者免許申請書

※この欄は記入しないこと

麻薬業務所	所在地			
	名称			
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			
薬局（卸売販売業）許可の 番号	種別 第	薬局 号	許 可 の 日 年 月	日 年 月 日
申請者（含む。その業務を 法人に役員として） の欠格条項は、	(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)	
<p>上記のとおり、免許を受けたいので申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）</p> <p>氏 名（法人にあつては、名称）</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>福岡県知事 殿</p>				

(注 意)

- (1) 用紙の大きさは、日本産業規格 A4 とする。
- (2) 許可の番号欄には、医薬品医療機器等法の規定による許可証の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) 欄に於てはその理由及び年月日を、(2) 欄に於てはその罪、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) 欄に於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 <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 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