

記載例

令和6年度継続申請用

別記第1号様式

1の質問は、①又は②に○を付けてください。
2の質問は、1の質問が②の場合のみお答えください（麻薬管理者申請中の場合は、「②いない」の方に○を付け、「申請中」と記入してください）。

麻薬（管理・**施用**）者免許申請書

あなたの勤務する施設についてお尋ねします。
1 麻薬施用者があなたを含めて何人いますか。
① 1人 ② 2人以上
2 麻薬管理者はいますか。
① いる ② いない

麻薬業務所	所在地	福岡市博多区～～		
	名称	医療法人〇〇〇〇病院 ※医療法の許可を受けている（届出を行っている） 医療機関の正式名称を記入してください		
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	北九州市小倉北区～～		
	名称	〇〇診療所		
医師（歯科医師、獣医師、 薬剤師）免許の番号		種別 医師 第 〇〇〇〇〇号	免許の 年 月 日	〇年〇月〇日
申請者の 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。	なし		
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこ と。	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。	なし		
	(4) 暴力団員又は暴力団員でなく なった日から5年を経過しない者。	なし		
	(5) 暴力団員等がその事業活動を 支配する者。	なし		
備 考	1 新規 2 継続（麻薬免許番号 2200001号）			
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。				
〇年 〇月 〇日		申請年月日（書類を提出される日）を記入してください		
住 所 福岡市博多区～～				
氏 名 福岡 太郎		病院等の開設者名ではな く、申請者自身の個人名を 記載してください。		
福岡県知事 殿				

※複数の施設で麻薬を
施用する必要のある場
合は、その施設を記入し
てください
（2カ所以上の場合、
欄を分割して記入する
か別紙に記入してくだ
さい。

医師等の免許取得年月
日を記入してください

医師、歯科医師、獣医師の別を記入し、医師
免許証等の免許番号を記入してください。

欠格条項に該当事実がある場合、
下記の注意事項（3）を参照して
ください

現在取得している麻薬施用者免許
証の番号を記入してください

(注 意)

- (1) 用紙の大きさは、日本産業規格 A4 とする。
- (2) 免許の番号欄には、麻薬施用者又は麻薬管理者の免許の申請であるときは、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。
- (3) 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)欄にあつてはその理由及び年月日を、(2)欄にあつてはその罪、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)欄及び(4)欄にあつてはその違反の事実及び年月日を記載すること。
- (4) 欠格条項の(4)における「暴力団員」とは暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成三年法律第七十七号)第2条第6号に規定する者であること。
- (5) 欠格条項の(5)における「暴力団員等」とは、欠格条項(4)に該当する

医師免許等の氏名と合わせることを

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	※診断した医療機関の名称、所在地を記入してください			
	氏 名	TEL	診断医師の個人印です 印		
		※診断した医師の氏名を記入してください			

医師の署名もしくは記名・押印が必要です

免許証の照会欄(新規で原本提出の場合)

※受付の保健(福祉環境事務)所で記入する欄ですので、記入しないでください。

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