

別記第1号様式

麻薬（卸売業・**小売業**）者免許申請書

麻薬業務所	所在地	福岡市博多区～～		
	名称	〇〇薬局 ※医薬品医療機器等法の許可を受けている薬局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	種別に「薬局」と記載し、薬局開設許可の番号を記入してください		
	名称			
薬局（卸売販売業）許可の番号	種別	薬局	許可の日	〇年 〇月 〇日
申請者（含む。業務を法人に役員を） （法人に役員を） （役員を） （役員を） （役員を）	(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	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	
	(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 220001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（法人にあっては、主たる事務所の所在地） 北九州市小倉北区～～				
氏名（法人にあっては、名称） 株式会社〇〇〇〇 代表取締役□□ □□				
福岡県知事	殿	法人の名称のみでなく、代表者の肩書と代表者氏名も記載してください。		

(注 意)

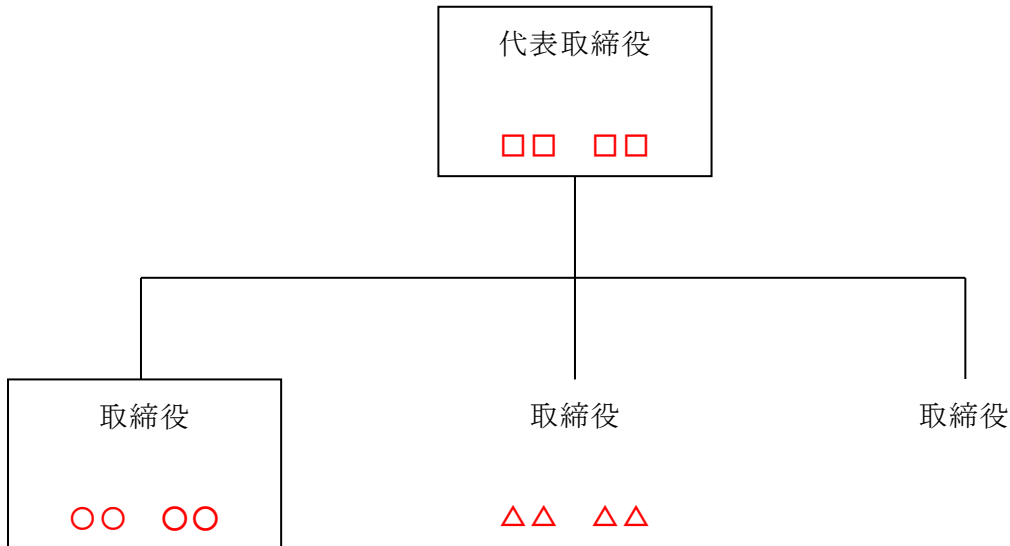
- (1) 用紙の大きさは、日本産業規格 A4 とする。
- (2) 許可の番号欄には、医薬品医療機器等法の規定による許可証の番号を記載すること。
- (3) 欠格条項の(1)欄から(5)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、当該事実があるときは、(1)欄にあつてはその理由及び年月日を、(2)欄にあつてはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた場合はその年月日を、(3)欄及び(4)欄にあつてはその違反の事実及び年月日を記載すること。
- (4) 欠格条項の(4)における「暴力団員」とは暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成三年法律第七十七号)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)に該当する者であること。

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	※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
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(新規で原本提示の場合のみ) ※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			

※法人の場合、組織規程図（原本）の提出が必要です（会社で作成している組織規定図・業務分掌表があれば、それを用いても差し支えありません。）

組織規定図



□
役員である。

内が麻薬及び向精神薬取締法の免許にかかる業務を行う

法律名等に誤りがないよう
確認してください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

○年 ○月 ○日

主たる事務所の

所在地 北九州市小倉北区～～

法人の名称及び

代表者の氏名 株式会社○○○○

代表取締役□□ □□