

麻薬（ 施用 ・ 管理 ） 者免許申請書

あなたの勤務する診療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 麻薬管理者免許を取得している人はいますか。
 ① いる ② いない

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				
免許の番号 (該当する種別に○)	医師 ・ 歯科医師 獣医師 ・ 薬剤師	第	号	免許の 年月日	年 月 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 ・ あり ()			
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。	なし ・ あり ()			
	(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 ・ あり ()			
	(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。	なし ・ あり ()			
	(5) (4)に規定する者に事業活動を支配されていること。	なし ・ あり ()			
備 考	1 新規 2 継続 (麻薬免許番号 第 号)				
	年 月 日から免許希望 (希望がある場合のみ)				
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					
氏 名					
福岡県知事 殿					

担当者名 _____

連絡先TEL _____

