

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				
	名称				
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				
	名称				
許可の番号 (該当する種別に○)	薬局 医薬品販売	第	号	許可の 年月日	年 月 日
申 を 行 う 者 (法 人 を 含 み あ つ て は 、 欠 格 の 業 務)	(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。	全員なし ・ あり ()			
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。	全員なし ・ 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。	全員なし ・ 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。	全員なし ・ 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。	全員なし ・ 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)			
<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 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)</p> <p>氏 名 (法人にあっては、名称)</p> <p>福岡県知事 殿</p>					

担当者名 _____

連絡先TEL _____

(注 意)

- (1) 用紙の大きさは、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った場合はその年月日を、(3)欄にあつてはその違反の事実及び年月日を、(4)欄及び(5)欄にあつてはその事実があつた年月日を記載すること。

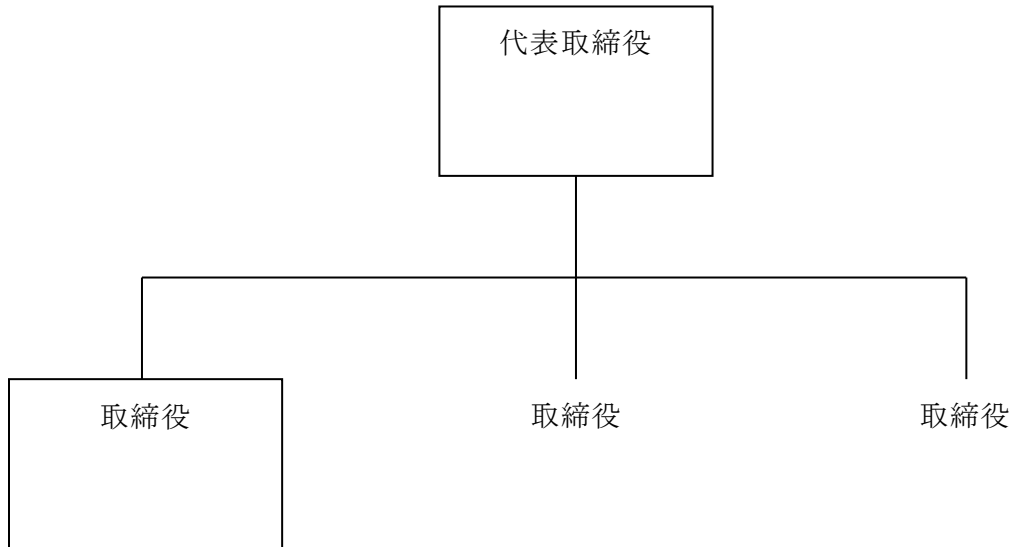
診 断 書

氏 名			
生年月日	年 月 日	年 齡	歳
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」に該当する場合は、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 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	名 称	
		所 在 地	
		電話番号	
	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

組織規定図



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
役員である。

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

法人の名称及び

代表者の氏名