

麻薬 研究 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			
許可又は免許の番号		種別 第	許可又は免許の年月日	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 _____

(注 意)

(1) 用紙の大きさは、A4とする。

(2) 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 齢	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

年 月 日

研究同意書

福岡県知事 殿

麻薬研究施設の設置者名 設置者印
(又は施設長名) (又は施設長印)

〇〇〇〇 (研究者氏名) が、▲▲▲▲ (研究施設名) において、研究計画書の
とおり研究を行うことに同意します。