別記第１号様式

**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 |  | | |
| 許可又は免許の番号 | | | | 種別  第 号 | 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）欄にあってはその理由及び年月日を、（２）欄にあってはその罪、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）欄にあってはその違反の事実及び年月日を、（４）欄及び（５）欄にあってはその事実があっ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　　□　明らかに該当なし　　　□　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　　　　　　　□　なし　　　□ 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 |

※研究同意書の記載例

　 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）

○○○○（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。