|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収納証明書類貼付欄　福井県手数料納付システム受付番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |

 |  | ※免許番号 |  |

麻薬　　　　免許申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 麻　薬　業　務　所 | 所　在　地 | 〒 |
| 名　　　称 | ＴＥＬ　　　（　　） |
| 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 | ＴＥＬ　　　（　　） |
| 許　可　又　は　免　許　の　番　号 | 第号 | 許可又は免許の年月日 | 年　　月　　日 |
| 含む。 ）の欠格条項その業務を行う役員を申請者（法人にあっては、 | (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。 |  |
| (2) | 罰金以上の刑に処せられたこと。 |  |
| (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。 |  |
| (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つたこと。 |  |
| (5) | (4)に規定する者に事業活動を支配されていること。 |  |
| 備考 |  |
| 　　上記のとおり、免許を受けたいので申請します。　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、主たる事務所の所在地）　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　福井県知事　　殿 |

（注意）

１　用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

２　許可又は免許の番号の欄には、麻薬営業者の免許の申請であるときは、医薬品医療機器等法の規定

による許可証の番号を、麻薬施用者又は麻薬管理者の免許の申請であるときは、医師、歯科医師、獣

医師又は薬剤師の免許の登録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　　　　　　　　　　　　　（当　　　才）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な場合において診断名及び現に受けている治療の内容ならびに　　　　現在の状況（できるだけ具体的に）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２．麻薬若しくは覚醒剤の中毒　　　　□　なし　　　　□　あり　　上記のとおり診断する。　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　病院または診療所 　名　称所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |
| **麻薬保管庫設置場所概要図**保管庫種類（ 重量金庫 ・ その他 ） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |