|  |  |
| --- | --- |
| 免　許番　号 |  |

|  |
| --- |
| 当該業務所の施用者数は、 a,１人　b,２人以上 |
| ※新たに麻薬診療施設になる場合のみ地区医師会の加入a,有り（　　 　　医師会）b,なし |

**該当する事項をご記入ください。**

麻薬管理者免許申請書

**該当しない場合は「なし」と、該当する場合は**

**裏面「注意事項」４のとおり記載してください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 麻薬業務所 | 所在地 |  〒 東京都　　　　　　区　　　　郡 　　　　　　 　　市 |
| 名称 | ℡　　　　(　　　　)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　内線（　　　　） |
| 医師、歯科医師獣医師、薬剤師免許の番号 |  医師、歯科医師、獣医師、薬剤師第　　　　　　　号 | 医師、歯科医師獣医師、薬剤師免許の年月日 | 昭和 平成令和 | 　　　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。 |  |
|  (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ったこと。 |  |
|  (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。 　　令和　　年　　　月　　　日都道府県 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　ふりがな 　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　東　京　都　知　事　殿 |

※裏面の注意事項を確認の上、御記入ください。診断書の記載もれ等に御注意ください。

（摩擦熱等で容易に消色できるボールペンでの記入は不可。）

|  |
| --- |
| 診　　　　断　　　　書 |
| 氏名 | 　 | 性　別 | 男 | 女 |
| 生年月日 | 昭和平成 | 　　　　年　　　月　　　日 | 年　齢 | 才 |
|  　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な場合において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 | 令和　　年 　　月 　　日 |  |
| 医師 | 病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称・連絡先 | ℡　　　（　　　　） |
| 所　 在 　地 |  |
| 氏　　　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　 |

**注意事項　[麻薬管理者免許申請用]** *（摩擦熱等で容易に消色できるボールペンでの記入は不可。*）

　１　麻薬業務所の所在地・名称、申請者の住所・氏名は該当する文字を○で囲み、いずれも省略せ

ず、保健所等へ提出された開設届等に記載のある正式な名称及び文字を記載してください。

　２　免許の資格及び番号の欄は、該当する資格を○で囲み、その番号と免許年月日を記載してくだ

さい。

新規に申請書を提出する場合は、医師、歯科医師、獣医師又は薬剤師免許証の写し（裏書のあ

る免許証は裏面の写しも必要です。）を持参してください。**※**

　３　今回申請した病院、診療所等において、麻薬施用者免許を受けている方がいない場合は、医療法・獣医療法に基づく開設届の控をお持ちください。**※**

**※ 上記2、3の書類は、現免許の有効期間中に、翌年からの免許の申請(継続申請)をするときには不要**

　４　申請者の欠格条項の各欄には、当該事実がない場合は「なし」と記載し、当該事実がある場合

は、（１）欄：その理由及び取消年月日、（２）欄：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、（３）欄：その違反の事実及び年月日を

それぞれ記載してください。（４）欄及び（５）欄：その事実があった年月日を記載してください。

　５　診断書の有効期間は、**診断日を含めて１か月間**です。

　６　申請手数料　**￥4,600**

　７　免許の有効期間は、免許を受けた日からその翌々年の12月31日までです。

　　　引き続き免許を希望される場合は、再度申請が必要です。

　８　免許証の郵送交付を御希望の場合はレターパックプラス（赤）に宛先を記入し、申請時にお持

ちください。大量に申請する場合、又は簡易書留を希望する場合は交付枚数により送料が異なり

ますのでお問合せください。

**※ 継続申請時の郵送交付につきましては、別途御案内します。**



**〔お問合せ先〕　　　東京都保健医療局 健康安全部 薬務課 薬事免許担当　電話：０３(５３２０)４５０３**