

法改正により各種申請書等の押印が不要になりました。

【法改正(※)令和2年12月25日~】(※)押印を求める手続の見直し等のため厚生労働省関係令一部改正する省令(令和2年厚生労働省令第208号。)が公布・施行

| | |
|------|--|
| 免許番号 | |
|------|--|

<記入例>

訂正印も不要になりましたので、訂正する場合は、書類を作成し直すか、二重線で削除又は追記してください。

新たに麻薬診療施設として申請する場合(裏面「注意事項」3に該当する場合は、「開設届(1P目の写)」の提出のほか、**地区医師会の加入状況**をご記入ください。

開設届等の表記のとおり記入してください。

| |
|---|
| 当該業務所の施業者数は、この申請を含めて a, 1人 b, 2人以上 |
| 麻薬管理者は a, いる b, いない |
| ※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 (新宿区 医師会) b, なし |

該当する事項に○をつけてください。

麻薬施用者免許申請書

| | | | | |
|---|--------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| 麻薬業務所 | 所在地 | 〒163-8001 東京都 新宿区 西新宿2-8-1 都庁第一本庁舎30階 | | |
| | 名称 | 医療法人社団東京会 都庁病院 Tel. 03 (5321) 1111 内線 (34-422) | | |
| 従として診療に従事する麻薬診療施設(上記以外で麻薬を施用する東京都内の病院又は診療所) | (1) | 所在地 | 東京都 新宿区 西新宿1-1-1 | |
| | | 名称 | 東京医院 Tel. 03 (5320) 4503 | |
| | (2) | 所在地 | 東京都 | |
| | | 名称 | | |
| 医師、歯科医師、獣医師免許の番号 | 医師 歯科医師、獣医師 第 123456 号 | 医師、歯科医師、獣医師免許の年月日 | 昭和 平成 10年 3月 31日 令和 | |
| 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 | |
| | (2) 罰金以上の刑に処せられたこと。 | | なし | |
| | (3) 医事又は薬事に関する法令又はこれに基づく処分を違反したこと。 | | なし | |
| 備考 | 5月1日付希望 | | | |
| 上記のとおり、免許を受けたいの | | | | |
| 令和 3年 4月 3日 | | ←窓口に申請する年月日を記入してください。 | | |
| 住所 | 東京 都 府県 | 千代田区 丸の内1-2-3 東京ハイツ201 | | |
| ふりがな 氏名 | | とうきょう たろう 東京 太郎 | | |
| 東京都知事 殿 | | | | |

2か以上の施設で施用する場合に記入してください。書ききれない場合は「別紙のとおり」と記入し、別紙を添付してください。(別紙の様式は任意です。)

←特段の理由により免許の有効期限開始日の希望がある場合はこちらに記入の上、窓口でお申し出ください。※ただし、手数料を都が受領した日(受理日)より遡及することはできません。

申請者の自宅住所、氏名を記入してください。※押印不要

裏面「注意事項」4のとおり記載してください。該当しない場合は「なし」と、該当する場合は

※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。)

診断書を訂正する場合は、診断した医師の確認及び訂正が必要です。

| 診 断 書 | | | |
|-----------------------|--|--------------------------------------|--|
| 氏 名 | 東京 太郎 | | 性 別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 |
| 生 年 月 日 | <input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 | 48年 4月 1日 | 年 齢 48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 <input checked="" type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要 | | 診断内容に漏れがないか ご確認ください。 |
| | 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | 病院等の名称は、省略せず、 正式な名称をご記入ください。 |
| | 診断年月日 | 令和3年3月15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 | 医療法人財団新宿会 東京医院 TEL 03 (5320) 4503 | |
| | 所 在 地 | 東京都新宿区西新宿2-8-1 | |
| | 氏 名 | 山手 丸男 | |

診断年月日から起算して
1か月以内のもののみが
有効です。

注意事項 【麻薬施用者免許申請用】 (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。)

- 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。
- 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、歯科医師又は獣医師免許証の写し（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。※
- 今回申請した病院、診療所等において、申請者以外に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
- 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。
- 診断書の有効期間は、診断日を含めて1か月間です。
- 申請手数料 **¥4,600 (令和3年4月1日現在)**
- 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。
- 2人以上の麻薬施用者（従として診療に従事する麻薬診療施設で診療に従事する者を含みます。）が診療に従事する麻薬診療施設の開設者には、麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第33条第1項により、麻薬管理者を1人置くことが義務付けられています。
該当する場合は、別途「麻薬管理者免許」の申請をしてください。
- 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】



東京都福祉保健局 健康安全部 薬務課 薬事免許担当

電話：03(5320)4503(直通)