

免許 番号	
----------	--

麻薬管理者免許申請書

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「」記入ください。

麻薬業務所	所在地	〒 東京都 区 市 郡		
	名称	TEL () 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 年 月 日 平成 年 月 日 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。			
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 住所 都道府県 ふりがな 氏名 東京都知事殿				

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。

※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 齡	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 type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要						
<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 80px; margin: 5px 0;"> 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） </div>						
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	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		TEL ()			
	所 在 地					
	氏 名					

注意事項 【麻薬管理者免許継続申請用】（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、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。※
- 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
- 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。
- 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。