

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>

押印不要に伴い、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。**

※ この様式は麻薬管理者免許の申請様式です。麻薬を施用するための免許を申請する場合は、**麻薬施用者免許申請書**をお使いください。

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（新宿区医師会）
b, なし

該当する事項を「記入」してください。

麻薬管理者免許申請書

開設届等の表記のとおり記入してください。

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)		
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 543210 号	医師、歯科医師 獣医師、薬剤師 免許の年月日	昭和 平成 2年 1月 5日 令和	
申請者の欠格条項	(1) 法第51条第1項の規定に	「なし」の場合も必ず記入してください。 「該当がある」場合は、事前にご連絡ください。		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に違反したこと。			なし
備考	5月1日付希望		← 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、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。	
上記のとおり、免許を受けたい				
住所		令和3年4月3日 ←申請する年月日を記入してください。		
東京 都 道 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 はなこ 東京 花子		
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。

申請者の住所・氏名を記入してください。
※押印不要

※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 花子	性 別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
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	<div style="border: 1px dashed red; padding: 5px;"> 診断内容に漏れがないかご確認ください。 </div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 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 checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> 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。 </div>	
診断年月日	令和3年 3月 15日	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> 病院等の名称は、省略せず、正式な名称をご記入ください。 </div>	
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	
	所在地	TEL 03 (5320) 4503	
	氏 名	東京都新宿区西新宿2-8-1 山手 丸男	

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。