**麻薬　　　　　　　　　　者免許申請書**

**卸売業　小売業**

**管理　施用　研究**

収 入 証 紙

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 麻薬業務所 | | 所在地 |  | | | |
| 名　称 |  | | | |
| 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 |  | | | |
| 許可又は免許の番号 | | | 第　　　　　号 | | 許可又は免  許の年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 申請者(法人にあっては、その業務を行う役員を含む）の欠格事項 | 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 | 取消理由：  年 月 日： | | |
| 1. 罰金以上の刑に処せられたこと | | な　し | 罪　　刑：  確　　定：　　　　　　　　年　　　月　　　日  終　　了：　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 1. 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 | 違反事実：  年 月 日：　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 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  住　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）  （ふりがな）  氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）  　　　　長 野 県 知 事　　　殿 | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 前年度の  免許証番号 |  |  | 免許番号 | ※ |

**診　　　　　断　　　　　書**

|  |
| --- |
| 住　　　所  氏　　　名  年　　　月　　　日生  上記の者について、下記のとおり診断します。  　　１　精神機能の障害  　　　　□　明らかに該当しない　　　□　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は、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、大麻、あへん、覚醒剤の中毒  　　　　□　な　し　　　□　あ　り  　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　病院・診療所の  　　　　　　　　　　所在地及び名称  医　　　　　師 |
| 麻薬管理者又は麻薬施用者免許申請の場合  (1) 麻薬管理者　　　有・無・申請中  免許番号  氏　　名  (2) 麻薬施用者（申請中の者も含む）の数  ア　当該業務所で免許を取得している者　・・・・・・・・・・・　　　　名  イ　当該業務所を従たる施設として免許を取得している者　・・・　　　　名 |

（注）用紙の大きさは、Ａ４とすること。