

麻薬施用者の申請の場合、該当事項に○をつけてください。

当該業務所の施用者数は、この申請を含めて (a) 1人 (b) 2人以上
現在麻薬管理者は (a) いる (b) いない (c) 申請中

# 麻薬 者免許申請書

※記入する前に裏面の注意事項をよくお読みください。

麻薬業務所	所在地			
	名称	TEL ( ) -		
従とする施設	所在地			
	名称			
許可又は免許の番号	医師、歯科医師、獣医師、薬剤師、医薬品販売業、薬局 第 号	許可または免許の年月日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日
申請者(含む)の欠格条項は、その業務を行う役員	(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  住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)  (ふりがなをつける)  氏名 (法人にあつては、名称)  石川県知事 殿			

(注) ※印欄は記入しないこと。

※免許番		※免許年月日	
------	--	--------	--

( 月 日 台帳処理済)

## 注 意 事 項

### 1 添付書類

- (1) 精神の機能の障害又は麻薬中毒者若しくは覚醒剤の中毒者であるかないかに関する医師の診断書（下の様式を用いてもよい）
- (2) 資格を証明する免許証又は許可証の写し（要 原本照合）

### 2 申請書記載上の注意

- (1) 「許可又は免許番号」及び「許可又は免許の年月日」の欄には、次のとおり記載してください。

麻薬免許の種類	記 載 内 容
麻 薬 施 用 者	医師、歯科医師又は獣医師の免許番号及び免許年月日
麻 薬 管 理 者	医師、歯科医師、獣医師又は薬剤師の免許番号及び免許年月日
麻 薬 研 究 者	記載不要
麻 薬 卸 売 業 者	薬局開設許可証又は医薬品販売業許可証の番号及び許可年月日
麻 薬 小 売 業 者	薬局開設許可証の番号及び許可年月日

- (2) 申請者の欠格条項欄には、当該事実がない場合は「なし」と記載してください。  
また、当該事実がある場合は、次のとおり記載してください。

- (1)欄にあつては、「その理由及び年月日」
- (2)欄にあつては、「その罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終り、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)欄にあつては、「その違反の事実及び年月日」

### 3 申請書の提出先

- (1) 金沢市内の方は、県薬事衛生課
- (2) 金沢市以外の方は、所轄の県保健福祉センター

## 診 断 書

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

### 診断事項

- |                  |       |
|------------------|-------|
| 1 精神の機能の障害       | あり・なし |
| 2 麻薬中毒者又は覚醒剤の中毒者 | ある・ない |

以上のとおり診断する。

令和 年 月 日

診療施設 所在地

診療施設 名称

医師氏名