## 麻薬（卸売業・小売業・施用・管理・研究）者免許申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |
| を含む。）の欠格条項申請者（法人にあっては、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 | 新規・継続（現在の麻薬取扱者免許番号：第　　　号）連絡先（担当者名　　　　、電話番号　　　　　　） |
| 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）氏名（法人にあっては、名称及び代表者名）京都府知事　　　　　　　様 |

## 診断書

|  |
| --- |
| 診　　断　　書 |
| 氏　　　　　名 |  |
| 生　年　月　日 | 　　　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□　明らかに該当なし□　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、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（出来るだけ具体的に） |
|  |  |  |
| ※詳細については別紙でも可２　麻薬、あへん又は覚醒剤の中毒□　なし□　あり |
| 診断年月日 | 年　　　月　　　日　生 |
| 病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称及び所在地 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 電　話 |  |
| 医師の氏名 |  |

年　　月　　日

京都府知事　　　　　　　様

住　所

氏　名

## 麻薬　　　者免許申請に係る願出書

この度、麻薬　　　者免許申請を行うに当たり、下記のとおり必要事項を満たしておりますので、私の免許日を当該麻薬診療施設における麻薬取扱者業務の着任日としていただきますようお願いします。

記

１　業務の引継日等について

|  |  |
| --- | --- |
| （１）前任者の氏名 |  |
| （２）前任者の麻薬取扱者免許番号 | 第　　　　　　　　　号 |
| （３）前任者の業務廃止日 | 令和　　年　　月　　日 |
| （４）後任者（私）の着任日 | 令和　　年　　月　　日 |

２　着任日時点において、私は当該麻薬診療施設において麻薬を実地に管理できる体制にあります。

|  |
| --- |
| 保健所又は薬務課の受付印 |

年　　月　　日

京都府知事　　　　　　　様

住　所

氏　名

連絡先（担当者名　　　　、電話番号　　　　　　　）

## 申出書

　　　　　年　　月　　日付けで申請の麻薬　　　者免許のことについて、下記のとおり申し出ます。

記

私の勤務体制は以下のとおりであり、従たる麻薬診療施設である　　　　　　　に従事する際、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ので、主たる業務所での麻薬の管理に問題ありません。

【勤務表】主たる業務所（　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 午　前 |  |  |  |  |  |  |  |
| 午　後 |  |  |  |  |  |  |  |

【勤務表】従たる業務所（　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 午　前 |  |  |  |  |  |  |  |
| 午　後 |  |  |  |  |  |  |  |

## 同意書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 麻薬研究者 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 使用場所 |  |

上記の者について、当施設において試験研究のため、麻薬を取り扱うことに同意します。

　　　　　　年　　　月　　　日

（研究施設の長）

住　所

氏　名

連絡先（担当者名　　　　、電話番号　　　　　　　　　　）

京都府知事　　　　　　　様