

納付方法
☐ 電子申請[整理番号：]
☐ 決済端末または納付書による収納（手数料納付済申出書を添付）

麻薬業務所	所在地	〒 - TEL - -					
	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（ 医師 歯科医師 獣医師 薬剤師)免許の番号		第	号	許可又は 免許の年月日		年　月　日	
申請者 (を含む) の欠格条項を有し、その業務を行う役員である者にあつては、その職務執行に係る事項について、当該者が法律第2条第6号に規定する暴力団員若しくは同法に規定する暴力団関係者であつたこと。	(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) 医事又は薬事に係る法令又はこれに基づく処分違反したこと。						
	(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		年　月　日付				業務所利用者数 (名)	
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 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) フリガナ 氏　名 (法人にあつては、名称) 長崎県知事 様							

備考※※	免許番号※※	受付欄※※	保健所受付欄※※
------	--------	-------	----------

現麻薬取扱者免許番号	業務所の開設者氏名(法人等の場合は代表者氏名)
第 号	

診 断 書

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

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（できるだけ具体的に詳細については別紙も可）

2 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒

☐ な し ☐ あ り

年 月 日

病院、診療所又は
介護老人保健施設
等 の 名 称

所 在 地

医 師 の 氏 名

記 載 要 領

1. 標題中（ ）の中には「卸売業者」「管理者」「施用者」「小売業者」「研究者」の別を記入すること。
2. ※印の欄は兼務する麻薬診療施設又は麻薬研究施設がある場合のみ記入すること。
3. 許可又は免許の番号の欄には、麻薬営業者の免許の申請であるときは、医薬品医療機器等法の規定による許可証の番号を、麻薬施用者又は麻薬管理者の免許申請であるときは、医師、歯科医師、獣医師又は薬剤師の免許の登録番号を記載すること。
4. 欠格条項の(1)欄から(5)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、当該事実があるときは、(1)欄にあってはその理由及び年月日を、(2)欄にあってはその罪、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を、(3)欄にあってはその違反の事実及び年月日を、(4)欄及び(5)欄にあってはその事実があった年月日を記載すること。
5. 住所、氏名の欄は、免許申請者本人であること。ただし、麻薬営業者の免許の申請する法人であってはその名称を記載のこと。
6. ※※印の欄には記載しないこと。