別記様式１―４（第１条関係）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **千葉県収入証紙貼付欄（16,600円分）**  ※申請者は消印しないこと。 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 麻薬免許番号  ※更新申請時のみ記載すること | **第 　　　　号** |

**麻薬卸売業者免許申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 麻　薬　業　務　所 | | | | | 所在地 | 〒 | | |
| 名　称 | Tel | | |
| 薬局・卸売販売業の  許可番号 | | | | | 号 | 許可年月日 | 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。）の欠格条項 | （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  （申請日から3年以内） | | | | な　し　・　あ　り  （該当を○で囲むこと） | | |
| （2） | 罰金以上の刑に処せられたこと  （申請日から3年以内） | | | | な　し　・　あ　り  （該当を○で囲むこと） | | |
| （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  （申請日から3年以内） | | | | な　し　・　あ　り  （該当を○で囲むこと） | | |
| 備　　考 | | | | | |  | | |
| 上記のとおり、免許を受けたいので申請します。　　　(免許希望日　　　年　　月　　日～)  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） | | | |  |
|  | | |  |  | | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | | | | |

（注意事項）

「代表取締役」と画定図で指定した「麻薬に関する業務を行う役員」全員の診断書（原則1か月以内のもの)を添付してください。診断書は裏面（別記様式2）を利用してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 麻薬免許番号  ※更新申請時のみ記載すること | **第 　　　　　　　号** |

別記様式２

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **診　断　書** | | | | | |
| 氏　名 |  | | 性別 | 男 | 女 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | 年齢 | 歳 | |
| 上記の者について、下記のとおり診断します。  （各項目について該当する□欄にチェックを付けてください。）  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」に該当する場合は、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を記載すること。（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 | | | | | |
| 診断年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | |
| 医　師 | 病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称・連絡先 | Tel | | | |
| 所在地 |  | | | |
| 氏　名  ※押印省略可 | 印 | | | |