別記様式１－２（第１条関係）

麻薬免許番号 ※更新申請時のみ記載すること	第　　号

千葉県収入証紙貼付欄（4,600 円分）
※申請者は消印しないこと。

麻薬管理者免許申請書

麻　薬　業　務　所		所在地	〒	
		名　称	Tel	
医師・歯科医師・獣医師・薬剤師免許証に記載された登録番号		第　　号	免許登録年月日	年　　月　　日
申請者の欠格条項	(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 （該当を〇で囲むこと）	
	(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 （該当を〇で囲むこと）	
	(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 2 年以内）	な　し　・　あ　り （該当を〇で囲むこと）	
備　　考			医師・歯科医師・獣医師・薬剤師 （該当を〇で囲むこと）	

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　〒

氏　名（ふりがな）

千葉県知事　様

（注意事項）

1 診断書（原則 1 か月以内のもの）を必ず添付してください。診断書は裏面（別記様式 2）を利用してください。

2 申請者の住所、氏名欄には、申請する医師・歯科医師・獣医師・薬剤師個人の住所、氏名を記載してください。

3 2 人以上の麻薬施用者が診療に従事する麻薬診療施設の開設者には、麻薬管理者を 1 人置くことが義務付けられています。（麻薬及び向精神薬取締法第 33 条第 1 項）