

申請者は消印しないこと。

千葉県収入証紙 16,600円 欄 貼 付	(2)	(3)	(4)
-----------------------------------	-----	-----	-----

麻薬免許を更新する者は現在の免許番号を記載して下さい	麻薬免許番号	第 号
----------------------------	--------	-----

麻薬卸売業者免許申請書

麻 薬 業 務 所	所在地	郵便番号 (-)		
	名 称	電 話 ()		
薬局・卸売販売業の許可番号		号	許 可 年月日	年 月 日
う 役 員 を 含 む の 欠 格 条 項	法第51条第1項の規定により免許 (1) を取り消されたこと (申請日から3年以内)		な し ・ あ り (該当に○をつける)	
	(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 (該当に○をつける)	
	(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 (該当に○をつける)	
	(4) 後見開始の審判を受けていること		な し ・ あ り (該当に○をつける)	
備 考				
<p>上記のとおり免許を受けたいので申請します。(※参考：免許希望日 年 月 日～)</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p>住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)</p> <p style="text-align: right;">.....</p> <p>氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者名)</p> <p style="text-align: right;">..... 印</p>				
千葉県知事		様		

診 断 書				
氏 名			性別	男 女
生年月日	昭和 平成	年 月 日	年齢	歳
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神機能 精神機能の障害 <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>（ 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）</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> <p>2 麻薬中毒又は覚せい剤の中毒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>				
診断年月日	平成 年 月 日			
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健施設 等の名称			
	所在地	TEL		
	氏 名	印		

※診断書には必ず診断医が診断日を記載し、記名押印すること。また、訂正箇所には診断医の訂正印を押印すること。