

別記様式1(1)

申請者は消印しないこと。

千葉県収入証紙 4,600円 貼付欄	(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
--------------------------	-----	-----	-----	----------------------------	--------	-----

麻薬小売業者免許申請書

麻薬業務所		所在地	郵便番号 (-)			
		名称	電話 ()			
薬局の開設許可番号		第 号	開設許可 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2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						
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～） 平成 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） <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">  </div>						
千葉県知事		様				

※診断書は、「代表取締役・代表理事等」と、画定図で指定した「業務を行う役員」全員のものを添付してください。

※「金庫の位置を示した薬局の平面図」・「金庫の立体図」も添付して下さい。

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-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; 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。