

別記様式 1

申請者は消印しないこと。

|                          |     |     |     |                            |                |     |
|--------------------------|-----|-----|-----|----------------------------|----------------|-----|
| 千葉県収入証紙<br>4,600円<br>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<br>免許<br>番号 | 第 号 |
|--------------------------|-----|-----|-----|----------------------------|----------------|-----|

## 麻薬研究者免許申請書

|   |  |                      |            |       |  |
|---|--|----------------------|------------|-------|--|
| 麻 薬 業 務 所   | 所在地  | 郵便番号 (    -    )     |            |       |  |
|   | 名 称  | 電話 (    )            |            |       |  |
| 従として研究に従事する麻薬<br>研究施設(上記以外で麻薬を研<br>究する研究所)  | 所在地  | 郵便番号 (    -    )     |            |       |  |
|   | 名 称  | 電話 (    )            |            |       |  |
| 免許番号  |  | 第 号                  | 免 許<br>年月日 | 年 月 日 |  |
| 申請者の<br>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<br>(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<br>(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<br>(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<br>(該当を○で囲むこと。)   |  | 医師・歯科医師・獣医師・その他      |            |       |  |
| <p>上記のとおり、免許を受けたいので申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 郵便番号</p> <p style="text-align: center;">氏 名 ふりがな</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">..... 印</p> <p style="text-align: center;">千葉県知事 様</p> |  |                      |            |       |  |

**※診断書は必ず添付してください(原則1ヶ月以内のもの)。**

**※「履歴書」・「研究計画書」・「設置者又は施設長の研究同意書」・「金庫の位置を示した研究施設の平面図」・「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  | 大正<br>昭和                     | 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<br/>精神機能の障害<br/> <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<br/> <input type="checkbox"/> なし      <input type="checkbox"/> あり</p> |                              |       |    |   |
| 診断年月日   | 年 月 日                        |       |    |   |
| 医 師   | 病院、診療所又は<br>介護老人保健施設<br>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。