

別記様式1(2)

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
--------------------------	-----	-----	-----	----------------------------	----------------	-----

麻薬管理者免許申請書

麻 薬 業 務 所	所在地	郵便番号 (-)			
	名 称	電 話 ()			
医師免許証・歯科医師免許証・獣医師免許証・ 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 (該当を○で囲むこと)		医師・歯科医師・獣医師・薬剤師			
<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;">年 月 日</p> <p>申請者住所 郵便番号</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p>申請者氏名 ふりがな</p> <p style="text-align: right;">..... 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)。
裏面を利用してください。

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: 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。