

| | |
|----------|--|
| 免許 番号 | |
|----------|--|

*該当事項に○印をつけてください。

当該業務所の施患者数は
この申請を含めて、
a, 1人 b, 2人以上

麻薬管理者は
a, いる b, いない

麻薬施用者免許申請書

| | | | | | | | |
|---|------------------------------------|-------------------|----------|-----|----|----|---|
| 麻薬業務所 | 所在地 | 〒 東京都 | | 区郡市 | 丁目 | 番地 | 号 |
| | 名称 | 〒 () | | | | | |
| 従として診療に従事する麻薬診療施設(上記以外で麻薬を施用する東京都内の病院又は診療所) | (1) | 所在地 | 東京都 | | | | |
| | | 名称 | 〒 () | | | | |
| | (2) | 所在地 | 東京都 | | | | |
| | | 名称 | 〒 () | | | | |
| 医師、歯科医師、獣医師免許の番号 | 医師、歯科医師、獣医師第 号 | 医師、歯科医師、獣医師免許の年月日 | 大正 昭和 平成 | 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消されたこと。 | | | | | | |
| | (2) 罰金以上の刑に処せられたこと。 | | | | | | |
| | (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。 | | | | | | |
| | (4) 後見開始の審判を受けていること。 | | | | | | |
| 備考 | 上記のとおり、免許を受けたいので申請します。 | | | | | | |
| | 平成 | 年 | 月 | 日 | | | |
| 住所 | 都道府県 | 区郡市 | 丁目 | 番地 | 号 | 号室 | |
| | フリガナ 氏名 | | ⑩ | | | | |
| 東京都知事殿 | | | | | | | |

※該当しない場合は「なし」と記載し、該当する場合は裏面「注意事項」の4のとおり記載してください。

※裏面「注意事項」の確認、診断書の記載もれに御注意ください。

| 診 断 書 | | | | | | |
|---|------------------------------|---|-----|-----|-----|---|
| 氏 名 | | | | 性 別 | 男 | 女 |
| 生年月日 | 大正 昭和 | 年 | 月 | 日 | 年 齢 | 才 |
| <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: 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> </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 | | 〒 | | | |
| | 氏 名 | | (印) | | | |

注意事項〔麻薬施用者免許申請用〕

- 1 麻薬業務所の所在地・名称・申請者の住所・氏名は、いずれも省略しないで、正しい文字で記載してください。不要の文字は＝線で消してください。
- 2 免許の資格及び番号の欄は、該当する資格を○で囲み、その番号と免許年月日を記載してください。
新規に申請書を提出する場合は、医師、歯科医師又は獣医師免許証の本証又は写し（裏書のある免許証は裏面の写しも必要です）を持参してください。*
- 3 今回申請した病院・診療所において、申請者以外に麻薬施用者免許を受けている方がいない場合は、医療法に基づく開設届の控をお持ちください。*
※上記2及び3の書類は、免許の有効期間中に再度申請をするときは必要ありません。
- 4 申請者の欠格条項欄には、当該事実がない場合は「なし」と記載し、当該事実がある場合は、(1)欄：その理由及び取消された年月日、(2)欄：その罪・刑・刑の確定年月日及びの執行の終り、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日、(3)欄：その違反の事実及び年月日、(4)欄：あると、それぞれ記載してください。
- 5 診断書の有効期間は、診断日を含めて3ヶ月間です。
- 6 申請手数料 ￥4,600（平成16年4月1日現在）
- 7 免許の有効期間は、免許の日から、その翌年の12月31日までです。引き続き免許を希望される場合は、再度申請が必要となります。
- 8 2人以上の麻薬施用者（従として診療に従事する麻薬診療施設で診療に従事する者を含む）が診療に従事する麻薬診療施設の開設者には、法律で麻薬管理者を置くことが義務付けられています。
該当する場合には、別途「麻薬管理者免許」の申請をしてください。

〔問い合わせ先〕



東京都福祉保健局健康安全室薬務課薬事免許係

電話 03 (5320) 4503 ダイヤルイン