



麻薬（卸売業・**小売業**）者免許申請書

| | | | | | |
|--|-----------------------------------|---|---------------|-----------|--------------------------------------|
| 麻薬業務所 | 所在地 | 大野城市白木原〇△-□ | | | 市町村合併に伴い住居表示が変更になった場合は、変更後の所在地を記載する。 |
| | 名称 | 福岡筑紫薬局〇〇店 | | | |
| 麻薬施用者又は麻薬研究者にあっては従として診療又は研究に従事する麻薬診療施設又は麻薬研究施設 | 所在地 | | | | 薬局許可の有効期間の始期を記載する。 |
| | 名称 | | | | |
| 薬局（卸売一般販売業）許可の番号 | | 種別 薬局 第012345号 | 許可の日 年 月 日 | 平成28年4月1日 | |
| 申請者（法人にあっては、その業務を行なう役員を含む。）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。 | なし | | | |
| | (2)罰金以上の刑に処せられたこと。 | なし | | | |
| | (3)医事又は薬事に関する法令又はこれに基づく処分を違反したこと。 | なし | | | |
| | (4)後見開始の審判を受けていること。 | なし | | | |
| 備考 | | 1 新規 2 継続 (麻薬免許番号28〇〇〇〇号) 住居表示変更により | | | |
| 上記のとおり、免許を受けたいので申請します。 | | | | | |
| 平成29年〇〇月〇〇日 | | | | | |
| 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） | | | | | |
| 大野城市白木原〇〇-〇 | | | | | |
| 氏名（法人にあっては、名称） | | | | | |
| 株式会社 福岡筑紫薬局 | | | | | |
| 代表取締役 福岡 太郎 | | | | | |
| 福岡県知事 殿 | | | | | |

麻薬免許証に記載されているとおりに記入してください。
免許証の記載事項を変更する場合には「記載事項変更届」が必要です。

(注 意)

- (1) 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。
- (2) 許可の番号欄には、薬事法の規定による許可証の番号を記載すること。
- (3) 欠格条項の(1)欄から(4)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、当該事実があるときは、(1)欄に於てはその理由及び年月日を、(2)欄に於てはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた場合はその年月日を、(3)欄に於てはその違反の事実及び年月日を、(4)欄に於ては「ある」と記載すること。

診 断 書

| | | | | | |
|---|---|--|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| 氏 名 | 福岡 太郎 | | 性 別 | <input checked="" type="radio"/> 男 | <input type="radio"/> 女 |
| 生年月日 | 大正・ <input checked="" type="radio"/> 昭和 32年 1月 1日 | | 年 令 | 60才 | |
| 上記の者について、下記のとおり診断します。 | | | | | |
| 1 精神機能 精神機能の障害 <input checked="" type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要 | | | | | |
| 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) | | | | | |
| _____ | | | | | |
| 2 麻薬又は覚せい剤の中毒 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | | | | |
| 診断年月日 | 平成29年〇〇月〇〇日 | | ※診断日 診断年月日は申請日もしくは申請日より前であること | | |
| 医 師 | 病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称、所在地 | 福岡筑紫保健診療所 大野城市白木原〇△-□ TEL 092-123-45□□ | | | |
| | 氏 名 | 福岡 花子 <input checked="" type="radio"/> | | | |

免許証の照合欄(新規で原本提示の場合のみ)

免許の番号及び年月日については、原本と相違ありません。

平成 年 月 日

保健(福祉環境事務)所係員 職名

氏名

印