

麻薬免許番号 ※更新申請時のみ記載すること	第 ○○○○ 号
--------------------------	----------

10,000 円 千葉県収入証紙	3,000 円 千葉県収入証紙	3,000 円 千葉県収入証紙	300 円 千葉県収入証紙
---------------------	--------------------	--------------------	------------------

新規申請の場合 : 空欄
更新申請の場合 : 現在の免許番号を記載

千葉県収入証紙 16,600 円分 (収入印紙ではありません) を重ならないように貼付してください。

麻薬卸売業者免許申請書

麻薬業務所	所在地	〒○○○-○○○ 千葉県千葉市中央区○○町○-○	
	名称	株式会社○○薬品 千葉支店 Tel ○○○ (○○) ○○○○	
薬局・卸売販売業の 許可番号	第○○○○号	許可年月日	令和○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	法第51条第1項の規定により免許(1)を取り消されたこと(申請日から3年以内)	なし・あり (該当を○で囲むこと)	
	免許希望日がある場合は日付を入力してください。 ※免許の標準処理期間は21日間です。 県が申請書を受理した日から21日以内の日付を設定している場合、希望日の発行とならないことがあります。	なし・あり (該当を○で囲むこと)	
		なし・あり (該当を○で囲むこと)	
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。(免許希望日 年 月 日～) 令和○年○月○日			
住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地) 〒○○○-○○○ 千葉県千葉市中央区○○町○-○			
氏名 (法人にあっては、名称及び代表者名) 株式会社○○薬品 代表取締役 ○○○○			
千葉県知事 様			

(注意事項)

「代表取締役」と画定図で指定した「麻薬に関する業務を行う役員」全員の診断書(原則1か月以内のもの)を添付してください。診断書は裏面(別記様式2)を利用してください。

麻薬免許番号 ※更新申請時のみ記載すること	第	号
--------------------------	---	---

診 断 書

氏 名	〇〇 〇〇	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
生年月日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	年齢	〇〇歳	
上記の者について、下記のとおり診断します。 (各項目について該当する□欄にチェックを付けてください。)				
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」に該当する場合は、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を記載すること。(できるだけ具体的に。詳細については別紙も可) _____ _____				
2 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
診断年月日	令和〇年〇月〇日			
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健施設 等の名称・連絡先	医療法人社団〇〇会 〇〇病院 Tel 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
	所在地	千葉県千葉市中央区〇〇町〇-〇		
	氏 名 ※押印省略可	〇〇 〇〇 印		

原則、麻薬取扱者免許申請書の申請日
(県への提出日)から1か月以内の診断
書を添付してください。