

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

<p>千葉県収入証紙貼付欄 (4,600 円分)</p> <p>※申請者は消印しないこと。</p>
--

麻薬研究者免許申請書

麻 薬 業 務 所	所在地	〒
	名 称	Tel
従として研究に従事する 麻薬研究施設 (上記麻薬業務所以外で 麻薬を使用する麻薬研究 施設)	所在地	〒
	名 称	Tel
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 (該当を○で囲むこと)
	(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 (該当を○で囲むこと)
	(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 (申請日から 2 年以内)	なし・あり (該当を○で囲むこと)
備 考		医師・歯科医師・獣医師・その他 (該当を○で囲むこと)
<p>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～)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 〒</p> <p style="text-align: center;">ふりがな</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p>千葉県知事 様</p>		

(注事事項)

- 1 診断書 (原則 1 か月以内のもの) を必ず添付してください。診断書は裏面 (別記様式 2) を利用してください。
- 2 「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」及び「金庫の立体図」を添付してください。
- 3 申請者の住所、氏名欄には、申請する研究者個人の住所、氏名を記載してください。

診 断 書

氏 名		性別	男	女
生年月日	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。 (各項目について該当する口欄にチェックを付けてください。)</p> <p>1 精神機能 精神機能の障害</p> <p><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p><input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p>「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)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり</p>				
診断年月日	年 月 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	Tel		
	所在地			
	氏 名 ※押印省略可	印		