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

別記様式１－２（第１条関係）

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

**麻薬管理者免許申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 麻　薬　業　務　所 | | | | 所在地 | | 〒 | | | |
| 名　称 | | Tel | | | |
| 医師・歯科医師・獣医師・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・薬剤師  （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～)  年　　月　　日 | | | | | | | | | |
|  | | | 住 所 | | 〒 | | | |  |
|  | | |  | |  | | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | | | | | |

（注意事項）

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 申請者の住所、氏名欄には、申請する医師・歯科医師・獣医師・薬剤師個人の住所、氏名を記載してください。

3　2人以上の麻薬施用者が診療に従事する麻薬診療施設の開設者には、麻薬管理者を1人置くことが義務付けられています。（麻薬及び向精神薬取締法第33条第1項）