別記様式１－１（第１条関係）

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **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。 |  |

**麻薬施用者免許申請書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 麻　薬　業　務　所 | 所在地 | 〒 |
| 名　称 | Tel  |
| 従として診療に従事する麻薬診療施設（上記麻薬業務所以外で麻薬を施用する千葉県内の病院又は診療所）※記載欄が不足する場合は　別紙（任意様式）を添付してください。 | (1) | 所在地 | 〒 |
| 名　称 | Tel  |
| (2) | 所在地 | 〒 |
| 名　称 | Tel  |
| 医師・歯科医師・獣医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（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）