

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 〒				
_____				
ふりがな				
氏 名				
_____				
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)