

麻薬免許番号 ※更新申請時のみ記載すること	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。

麻薬小売業者免許申請書

麻 薬 業 務 所	所在地	〒	
	名 称	Tel	
薬局の開設許可番号	第 号	開設許可年月日	年 月 日
申請者（法人を含む）の役員を 含む。の欠格条項は、その業務を行う	(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)	
	(4) 暴力団員による不当な行為の 防止等に関する法律第 2 条第 6 号に規定する暴力団員又は同 号に規定する暴力団員でな くなった日から 5 年を経過し ない者であること	なし・あり (該当を○で囲むこと)	
	(5) (4) に規定する者に事業活動 を支配されていること	なし・あり (該当を○で囲むこと)	
備 考			
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 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 〒 氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者名) _____ _____			
千葉県知事 様			

(注意事項)

- 「代表取締役・代表理事等」と、組織図で指定した「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。
- 「金庫の位置を示した薬局の平面図」・「金庫の立体図」を添付して下さい。

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□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 <input 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)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒 <input type="checkbox"/> なし <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		