

県証紙貼付欄

捨印

麻薬

免許申請書

麻薬業務所	所在地						
	名称						
麻薬施用者又は麻薬研究者にあつては従として診療又は研究に従事する麻薬診療施設又は麻薬研究施設	所在地						
	名称						
許可又は免許の番号		第	号	許可又は免許の年月日	年	月	日
申請者(法人にあつては業務を行う役員を含む。)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。						
	(2)罰金以上の刑に処せられたこと。						
	(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。						
備考							
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。							
年 月 日							
住所(法人にあつては、主たる事業所の所在地)							
氏名(法人にあつては、名称及び代表者印)							
山形県知事 殿							

印

(注意) 欠格条項の(1)欄から(3)欄までには、当該事実がないときには「なし」と記載し、当該事実があるときは、(1)欄にあつてはその理由及び年月日を、(2)欄にあつては、その罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(3)欄にあつては、その違反の事実及び年月日を記載すること。

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日		年 令		
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神障がい（該当する欄（□）にチェック印（☑）を付けてください。） 精神機能の障がい <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</p> <p>専門家による判断が必要な場合において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（できるだけ具体的に。詳細については別紙も可）（注1）</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒（上記1に同じ） <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			
	所 在 地	TEL (注2)		
	氏 名	印		

(注1) 精神機能の障がい程度・内容により、許可（登録、免許、指定、届出）された業務を行うにあたって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができるかを専門家の意見を聞いて判断しますので、具体的にお書きください。

(注2) 必要に応じて、診断書を作成した医師から精神機能の障がいの程度・内容をお聞きする場合がありますので、電話番号は必ず記載してください。