|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （県証紙貼付欄） |  | （県証紙貼付欄）  **継　　　続** |
| （県証紙貼付欄）  施用者　　4,000円 | （県証紙貼付欄）  施用者　　4，000円 |  | 現在所有の  麻薬免許証番号 |
| 第　　　　　号 |

麻薬管理者免許申請書（正）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 麻　　薬　　業　　務　　所 | | 所在地 |  | | |
| （ふりがな）  名　称 |  | | |
| 麻薬施用者又は麻薬研究者にあっては、従として診療又は研究に従事する麻薬  診療施設又は研究施設 | | 所在地 |  | | |
| （ふりがな）  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  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。  　　　　令和 年　　　月　　　日    住　　　所      （　ふ　り　が　な　）  氏　　　名    　　群馬県知事　　　　　　　　あて | | | | | |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （　注　意　）  １　用紙の大きさは、Ａ４とすること。  ２　群馬県証紙は、麻薬卸売業者、麻薬小売業者、麻薬研究者、麻薬管理者、麻薬施  用者に係わる申請書の正本にのみ貼り、消印をしないこと。  　３　許可又は免許の番号欄には、麻薬営業者の免許の申請であるときは、「医薬品、  医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」の規定による許可  証の番号を、麻薬施用者又は麻薬管理者の免許の申請であるときは、医師、歯科  医師、獣医師又は薬剤師の登録番号を記載し、（ ）内に、麻薬営業者の場合は  許、医師の場合は医、歯科医師の場合は歯、獣医師の場合は獣、薬剤師の場合は  薬、と記載すること。  　４　欠格事項の(1)欄から(3)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、  当該事実があるときは、(1)欄にあっては、その理由及び年月日を、(2)欄にあって  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)欄にあっては、その違反の事実及び年月日  を記載すること。  　５　診断書は、診断日から起算して１ヶ月以内のもの。 | | |
| 診　　　断　　　書  　 住　　　所  氏　　　名 　 （　　　　年　　月　　日生）  　 上記の者について、下記のとおり診断します。  　１　精神機能  　　　精神機能の障害  　　　□　明らかに該当なし　　　　　　　□　専門家による判断が必要  　　　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）    ２　麻薬又は覚醒剤の中毒  　　　□　なし 　　　　　□　あり    令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　 所在地  　　　 病院・診療所  名　称  医　師 | | |
| 照　　　合　　　済  令和　　年　　月　　日 | 取扱者印 |  |
|
|  |

麻薬管理者免許申請書（副）

|  |
| --- |
| **継　続** |

|  |  |
| --- | --- |
| 現在所有の  麻薬免許証番号 | 第　　　　　　号 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 麻　　薬　　業　　務　　所 | | 所在地 |  | | |
| （ふりがな）  名　称 |  | | |
| 麻薬施用者又は麻薬研究者にあっては、  従として診療又は研究に従事する麻薬  療施設又は研究施設 | | 所在地 |  | | |
| （ふりがな）  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  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。  　　　　令和 年　　　月　　　日    住　　　所      （　ふ　り　が　な　）  氏　　　名    　　群馬県知事　　　　　　　　あて | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 照　　　合　　　済 | 取 扱 者 印 |  |  |
|  | |
|  |
|  | 令和　　年　　月　　日 |  |  | |