

麻薬 施用者 免許申請書

麻薬業務所	所在地	佐賀市城内1-X-X			医療法の開設許可証に記載されている名称、住所等正確なものを記載してください
	名称	医療法人佐賀会 県庁病院			
麻薬施用者にあつては、従として、診察に従事する麻薬診療施設	所在地	従たる施設がないときは、空欄としてください			
	名称				
医師、歯科医師、獣医師の免許の登録番号		① 医 歯・獣 第 号	登録年月日	年 XX月 XX日	
申請者の欠格事項	法第51条第1項の規定(1)により免許を取り消されたこと。	なし			
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。	なし			
	(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。	なし			
	(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あつたこと。	なし			
	(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			
備考					
<p>上記のとおり、免許を受けたいので申請します。</p> <p>年 XX月 XX日</p> <p>住所 佐賀市兵庫1-X-X</p> <p>氏名 佐賀 太郎</p> <p>佐賀県知事 様</p>					
参考	申請区分	①新規申請 ②継続申請 (継続の場合は現在の麻薬免許番号：第 号)			
	麻薬業務所における麻薬施用者の人数 (申請者を含む)	① 1人		② 2人以上	
	麻薬管理者の状況	① いる		② いない	
審査使用欄	新規申請、かつ施用者人数1名の場合は、新設の麻薬診療施設かを確認。新設の麻薬診療施設の場合は、麻薬金庫の設置を確認のこと。				
			連絡先電話番号	0952-XX-XXXX	

診 断 書

住 所	佐賀市兵庫1-×-×			免許申請者の自宅住所を記入
氏 名	佐賀 太郎			
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 XX月 XX日	年 令	XX 才
上記の者について、下記のとおり診断します。				
記				
1 精神機能の障害				
<input checked="" 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				
<input checked="" type="checkbox"/> なし				
<input type="checkbox"/> あり				
診断年月日は、概ね1月以内のものとしてください。				
診断年月日	年 XX月 XX日	※詳細については別紙も可		
病院・診療所等の名称	県庁城外病院			
病院・診療所等の所在地	佐賀市城外 XX-XX			
医 師 氏 名	城外 弘			