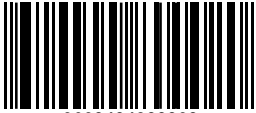


大阪府庁POS 手数料¥3,900-



2620404800020

麻薬取扱者免許申請(卸除く)

麻薬研究者免許申請書

麻薬 業務所 (注1)	所在地										
	名称	(TEL :)									
	コード番号										(記入不要)
従として 研究に従事 する麻薬研 究施設 (注2)	所在地										
	名称	(TEL :)									
	コード番号										(記入不要)
免許番号 (注3)		医師・歯科医師 獣医師・薬剤師 第 号				免許登録年月日		年 月 日			
申請者の欠格条項 (注4)		(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。							あり (別紙記載)・なし		
		(2) 罰金以上の刑に処されたこと。							あり (別紙記載)・なし		
		(3) 薬事又は医事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと。							あり (別紙記載)・なし		
		(4) 暴力団員である、又は暴力団員であったこと。							あり (別紙記載)・なし		
		(5) 暴力団員等が事業活動を支配していること。							あり (別紙記載)・なし		
申請の別 (注5)		新規・継続 [継続の場合現在の麻薬取扱者免許番号()]									
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 (注6) フリ ガナ 氏 名 大阪府知事殿											
診 断 書											
氏 名 生年月日 年 月 日生											
1. 精神の機能の障がい (□にチェックをつけること) (麻薬及び向精神薬取締法施行規則第1条の2) □明らかに該当なし □専門家による判断が必要 (診断名、治療の内容、現在の状況を具体的に別添診断書に記載すること) 別添診断書のとおり (その他(1)参照)											
2. 麻薬中毒者又は覚醒剤の中毒者でない。 上記のとおり診断します。 年 月 日											
所在地 TEL () -											
名称											
医師氏名											

(注)については記入要領参照

別記第1号様式（第1条関係）

1. 記載上の注意

(注1) 麻薬業務所（研究所等）の所在地、名称を記載してください。

(注2) 従として従事する麻薬業務所（研究所等）がある場合は、その所在地、名称を記載してください。

(注3) 免許の資格及び番号の欄は、該当する資格を○で囲み、その番号と免許登録年月日を記載してください。

該当する資格がない場合は、番号の欄に＝線を引いてください。

(注4) 欠格条項の(1)から(5)欄には、申請者に当該事項がないときは「なし」に丸をつけ、当該事項があるときは

(1): その理由及び年月日

(2): その罪、刑、刑の確定年月日及びその執行が終わり、又は刑がなくなった場合はその年月日

(3): その違反の事実及び年月日

(4)(5): 次の①又は②に該当する旨

① 暴力団員等の親族（事実上の婚姻関係にある者を含む。）又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者が、事業主であることのほか、多額の出資又は融資を行い、事業活動に相当程度の影響力を有していること。

② 暴力団員等が、事業活動への相当程度の影響力を背景にして、名目のいかんを問わず、多額の金品その他財産上の利益供与を受けていること又は売買、請負、委任その他の有償契約を締結していること。

を記載した別紙を添付してください。

(注5) 「申請の別」欄には、当該業務所で初めて免許申請を行う場合は「新規」を○印で囲み、既免許取得者であって有効期間満了後も引き続き麻薬を施用等する場合は継続を○で囲んでください。なお、継続申請者においては、現在所有する麻薬研究者免許証番号を記載してください。

(注6) 「住所、氏名」は申請者の自宅住所（現在、主に居住している場所）、氏名を記載してください。

2. 必要書類

申請者の履歴書

診断書（申請書の様式を使用し、診断日より**1ヶ月以内**のもの）

研究計画書（研究者の氏名、研究目的、麻薬の入手先、麻薬の種類等）

研究室のある建物の平面図

研究室内詳細図（保管場所を明示）

保管場所の写真又は立体図（施錠及び固定が確認できるもの）

3. 提出先及び部数

大阪市、堺市、東大阪市に所在する麻薬業務所にあつては、申請書及び必要書類1部を大阪府健康医療部生活衛生室薬務課へ、その他の地域にあつては、申請書及び必要書類1部をその地域を所管する大阪府保健所の薬事課へ提出してください。

4. その他

(1) 診断書については、精神機能の障がいの程度、内容により免許された業務を行うにあたっての支障がないかについて、その程度、内容を、診断書を作成した医師からお聞きする場合がありますので、診断を受けた施設の**電話番号**は必ず記載していただくようお願いします。