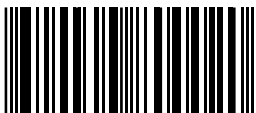


大阪府庁POS 手数料¥3,900-



2620404800020

麻薬取扱者免許申請(卸除く)

麻薬 施用 ・ 管理^(注1) 者免許申請書

麻薬 業務所 (注2)	所在地												
	名称	(TEL :)											
	コード番号											(記入不要)	
従として 診療に従事 する麻薬診 療施設 (注3)	所在地												
	名称	(TEL :)											
	コード番号											(記入不要)	
免許番号 (注4)	医師・歯科医師 第 号 獣医師・薬剤師					免許登録年月日			年 月 日				
申請者の欠格条項 (注5)	(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) 罰金以上の刑に処せられたこと。								あり (別紙記載) ・ 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。								あり (別紙記載) ・ 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。								あり (別紙記載) ・ 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。								あり (別紙記載) ・ なし				
保管設備 (注6) (麻薬金庫の設置)	あり ・ なし なしの場合その理由 ()												
麻薬管理者 (注7)	あり ・ なし												
申請の別 (注8)	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9) 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、2)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 右欄は受付者が記入する欄であり、申請者は記載不要です。								免許の照合印 留意事項 (2)		薬務課 保健所 押印欄			

別記第1号様式（第1条関係）

1. 留意事項

(1) 病院、診療所などにおいて麻薬を施用する場合は「院外処方箋」のみであっても、麻薬施用者免許証がなければ、「麻薬処方箋」を交付することはできません。

また、麻薬管理者免許証のみでは麻薬を施用することはできません。

(2) 申請には、医師免許証等の確認をしますので、必ず**医師・歯科医師・獣医師・薬剤師免許証原本**をご持参ください。

2. 記載上の注意

(注1) いずれか一方のみ、申請する免許の種類に○をつけてください。

(注2) 麻薬業務所（病院、診療所等）の所在地、名称、電話番号を記載してください。

(注3) 従として従事する麻薬業務所がある場合は、その所在地、名称、電話番号を記載してください。

(注4) 「免許番号及び年月日」欄には医師・歯科医師・獣医師・薬剤師の免許の種類で該当するものを○で囲み、免許登録番号及び免許登録年月日を記載してください。

(注5) 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」を○で囲み、当該事項があるときは

(1): その理由及び年月日（取消しの日から3年を経過していないこと）

(2): 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（その後3年を経過していないこと）

(3): その違反の事実及び年月日（違反行為があった日から2年を経過していないこと）

(4)(5): その事実があった年月日

を記載した別紙を添付してください。

(注6) 「保管設備（麻薬金庫）の設置」欄には、業務所内に麻薬専用で固定された堅固な保管設備を設置したうえで、「あり」を○で囲んでください。

また、「院外処方箋の交付のみ」の麻薬施用者の申請であって保管設備を設置しない場合は「なし」を○で囲み、「なしの場合の理由欄」に「院外処方箋の交付のみであるため」など具体的な理由を記載してください。

(注7) 当該業務所に麻薬管理者が設置されている場合は「あり」を、麻薬管理者が設置されていない場合は「なし」を○で囲んでください。

(注8) 「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○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、現在所有する麻薬取扱者免許番号を記載してください。

(注9) 「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。

3. 必要書類

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）

4. 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、申請書及び診断書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、申請書及び診断書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。

5. その他

(1) 麻薬施用者が2名以上従事する麻薬診療施設には麻薬管理者が必要です。また、従として従事する施設では、**麻薬施用者が1名であっても麻薬を所有する場合には麻薬管理者の設置が必要となります。**

(2) 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。