



覚醒剤施用機関指定申請書

覚醒剤取締法第 4 条第 2 項の規定により覚醒剤施用機関の指定を申請
します。

年 月 日

住 所

氏 名

大阪府知事 殿

病院（診療所）の 所在地及び名称	(TEL :)
診 療 科 名	
管理者の氏 名	
参 考 事 項	月平均覚醒剤使用予想量・・・品名・数量

1. 留意事項

- （1）覚醒剤施用機関の指定を受けられる者は、精神科もしくは神経科の診療を行う病院もしくは診療所、又は外科、整形外科、産婦人科、眼科、もしくは耳鼻咽喉科の診療を行う病院もしくは診療所であって診療上覚醒剤の施用が特に必要と認められる病院もしくは診療所に限る。
- （2）申請者は、病院もしくは診療所の開設者とする。
- （3）申請者が法人の場合は、氏名欄には、その名称及び代表者の氏名を記載すること。
- （4）診療科名欄には、医療法施行規則第 1 条の 14 第 1 項第 4 号の診療科名を記載すること。
- （5）管理者の氏名欄には、病院若しくは診療所の管理医師の氏名を記載すること。
- （6）参考事項欄には、月平均覚醒剤使用予想量その他参考となるべき事項を記載すること。

2. 提出部数

生活衛生室薬務課管内	1 部
保健所管内	1 部