

麻薬**管理者**免許申請書

麻 薬 業 務 所	所 在 地	○□市△△ (番号・番地まで記入すること)	
	名	① やくむ医院 (医療法等により届出済み又は許可になった名称を記入すること。)	
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麻薬研究施設	所 在 地	(記入しないこと。)	
	名	② (記入しないこと。)	
許 可 又 は 免 許 の 番 号	③	医・歯・獣・薬 第○○○○○号	許可又は免許 の年月日  令和○年○月○日 (医師免許等の名簿記載日)
申 請 者 ( 法 人 に あ つ て は そ の 業 務 を 行 う 役 員 を 含 む ) 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。	なし (ある場合は、その理由及び年月日を記入)	
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。	なし (ある場合はその罪、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記入)	
	(3) 医事又は薬事に関する法令又はこれに基づく処分を反したこと。	④ なし (ある場合は、その違反の事実及び年月日を記入)	
	(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 (ある場合は、その事実及び年月日を記入)	
	(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 (ある場合は、その事実及び年月日を記入)	
備	⑤	令和○年○月○日から、業務所内の麻薬施用者が2名になるため。 電話番号 (000) 0000-0000	
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 広島市中区○○00-00 (現に居住している自宅の住所を記入すること) 氏 ⑥ 広島 県大 (申請者本人の氏名を記入すること。)  広島県知事様（保健所設置市のみ） 広島県○○保健所長 様			

## チェックリスト

① 麻薬業務所の名称が、医療法届出上の正式名称となっている。 略称の記入や法人名の記入漏れ等の間違いが多いため、正式名称であることをよく確認する。(正式名称が不明の場合、保健所の医療法担当課に確認する。)	
② 従たる施設が空欄である。 麻薬管理者は従たる施設を申請できないため、注意する。	
③ 免許の種類が書いてある。 免許の種類（医・歯・獣・薬）のどれか1つに○をつける。	
④ 欠格条項に該当しない場合、空欄ではなく「なし」と書いてある。 空欄は認められないので、注意する。	
⑤ 業務所の連絡先(担当者名)及び申請の理由が書いてある。 申請書に不備があった際に確認するための連絡先を書く必要がある。 また、「施用者が2名以上になる」等、管理者を申請する理由を記入する。	
⑥ 申請者本人の自宅住所・氏名が書いてある。 業務所や業務所開設法人の所在地・名称は間違いであるため、確認する。	

## 添付書類

・ 診断書 申請日から1か月以内に作成されたもの。 申請書及び資格を証する書類と住所、氏名、生年月日が一致していることを確認する。	
・ 資格を証する書類（継続して免許申請を行う場合は不要） 医師、歯科医師又は獣医師の免許証の原本（保健所職員は、原本照合確認を行い、その旨を記入する）。 麻薬診療施設の開設者により原本照合確認がなされた免許証の写しでも差し支えない(公的医療機関の場合は、診療施設の長による原本との照合確認も可)。その場合には、「この写しは原本と相違ないことを証明します。」の記入、年月日、施設名、開設者職名・氏名の記入が必要（押印は不要）。	