

額面4,300円分の北海道収入証紙をこの欄に貼り付けのうえ、証紙1枚につき1カ所を申請者の印鑑（施用者・管理者免許の申請者は、その個人印）で消印（証紙と申請書に半分ずつ印影がかかるように割り印する）してください。

開設者届出済証などに記載されている所在地、名称を正確に記載（省略・通称で記載しないこと）

## 麻薬 管理 者免許申請書

麻薬業務所	所在地	△△市〇〇町××丁目□-□			
	名称	医療法人〇〇〇 ×××病院			
麻薬施用者又は麻薬研究者にあつては、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	空欄にすること。			
	名称	空欄にすること。			
許可又は免許の番号		第	号	許可又は免許の年月日	（昭和） （平成）
含む）の欠格条項 申請者（法人にあつては、その業務を行う役員を	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	医師等の免許の登録番号と登録年月日を記載してください。		
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。	なし	※麻薬免許番号ではないので注意してください。		
	医事又は薬事に関する(3)法令又はこれに基づく処分に違反したこと。	なし	欠格条項に有無については、「なし」の場合も空欄にせず必ず記載すること。該当する事実がある場合は、その内容を詳細に記載		
	(4) 後見開始の審判を受けていること。	なし			
備考		医 歯 獣 薬	該当するものに○をつけること		
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。					
捨印	平成 年 月 日				
欄外に捨印を押印	住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）				
	氏名（法人にあつては、名称）				
北海道知事 殿	必ず申請者の個人印を押印すること				

連絡先：電話〇〇〇-××△△ 担当者〇〇

# 診 断 書

氏 名

生年月日

大 正  
昭 和

年 月 日

上記の者について、次のとおり診断します。

1 精神機能

精神機能の障害

明らかに該当しない

専門家による判断が必要

診断名等：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒

なし

あり

診断年月日

平成 年 月 日

医 師

病院又は診療  
所の名称

病院又は診療  
所の所在地

電話番号 (       )       -

氏 名

印

(診断書を作成する上での留意事項)

- 1 診断に当たっては、必要事項を記載するとともに、該当する欄の□にチェック (✓) をしてください。
- 2 精神機能の「専門家による判断が必要」の欄の診断については、精神機能の障害がある場合にチェック (✓) をしてください。  
なお、この場合は、診断名及び現に受けている治療の内容及び現在の状況等を具体的に記入してください。(詳細については、別紙記載も可)
- 3 「専門家による判断が必要」の欄にチェック (✓) をした場合は、麻薬関係業務を適正に遂行する能力の有無についての判断が必要になるので、この診断書のほかに、専門家による判断がなされた書類の添付が必要となる場合があります。
- 4 この診断書における「専門家」については、精神機能の障害に精通した者としてします。