

免許番号	
------	--



当該業務所の施用者数は、この申請を含めて a, 1人 b, 2人以上
麻薬管理者は a, いる b, いない

該当する事項に○をつけてください。

## 麻薬施用者免許申請書

麻薬業務所	所在地	〒東京都 区市郡		
	名称	TEL ( ) 内線 ( )		
従として診療に従事する麻薬診療施設 (上記以外で麻薬を施用する東京都内の病院又は診療所)	(1)	所在地	東京都	
		名称	TEL ( )	
	(2)	所在地	東京都	
		名称	TEL ( )	
医師、歯科医師、獣医師免許の番号	医師、歯科医師、獣医師第 号	医師、歯科医師、獣医師免許の年月日	昭和 年 月 日	平成
申請者の欠格条項	(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。			
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。			
	(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。			
	(4) 後見開始の審判を受けていること。			
備考				
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。				
平成 年 月 日				
住所 都道府県				
ふりがな 氏名 (印)				
東京都知事殿				

該当しない場合は「なし」と、該当する場合は裏面「注意事項」4のとおり記載してください。

※裏面の注意事項を確認の上、御記入ください。診断書の記載もれ等に御注意ください。

診 断 書						
氏 名				性 別	男	女
生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日	年 齡	才
上記の者について、下記のとおり診断します。						
1 精神機能 精神機能の障害 <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">           専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に）            _____            _____         </div>						
2 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
診断年月日	平成	年	月	日		
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健施設 等の名称・連絡先		TEL (      )			
	所 在 地					
	氏 名		(印)			

### 注意事項 【麻薬施用者免許申請用】

- 麻薬業務所の所在地・名称、申請者の住所・氏名は該当する文字を○で囲み、いずれも省略せず、正式な名称及び文字を記載してください。
- 免許の資格及び番号の欄は、該当する資格を○で囲み、その番号と免許年月日を記載してください。新規に申請書を提出する場合は、医師、歯科医師又は獣医師免許証の写し（裏書のある免許証は裏面の写しも必要です。）を持参してください。※
- 今回申請した病院、診療所等において、申請者以外に麻薬施用者免許を受けている方がいない場合は、医療法・獣医療法に基づく開設届の控をお持ちください。※  
**※ 上記 2、3 の書類は、現免許の有効期間中に、翌年からの免許の申請(継続申請)をするときには不要**
- 申請者の欠格条項の各欄には、当該事実がない場合は「なし」と記載し、当該事実がある場合は、(1)欄：その理由及び取消年月日、(2)欄：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、(3)欄：その違反の事実及び年月日、(4)欄：ある と、それぞれ記載してください。
- 診断書の有効期間は、診断日を含めて1か月間です。
- 申請手数料 **¥4,600（平成 29 年 4 月 1 日現在）**
- 免許の有効期間は、免許を受けた日からその翌々年の 12 月 31 日までです。  
引き続き免許を希望される場合は、再度申請が必要です。
- 2人以上の麻薬施用者（従として診療に従事する麻薬診療施設で診療に従事する者を含みます。）が診療に従事する麻薬診療施設の開設者には、麻薬及び向精神薬取締法（昭和 28 年法律第 14 号）第 33 条第 1 項により、麻薬管理者を 1 人置くことが義務付けられています。  
該当する場合は、別途「麻薬管理者免許」の申請をしてください。
- 申請は窓口のみで受け付けており、郵送では取り扱っておりません。なお、免許証の交付については郵送が可能です。御希望の場合は角型 2 号の封筒に宛先を記載し、送付枚数に応じた切手（5 枚以下：430 円、6～15 枚：450 円）を貼り、申請時にお持ちください。  
**※継続申請時の郵送交付につきましては、別途御案内します。**

【お問合せ先】



東京都福祉保健局 健康安全部 薬務課 薬事免許担当  
電 話：03（5320）4503（直通）