＜記入例＞麻薬管理者，麻薬施用者，麻薬研究者の場合

麻薬〇〇者免許申請書

麻薬業務所	所在地	（番号・番地まで記入すること。） **広島市南区南町一丁目△—〇□**		
	名　称	（医療法等により届出済みまたは許可になった名称を記入すること。） **医療法人社団　県庁会　保健環境病院**		
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	**呉市西中央一丁目△—〇□**	主たる業務所で免許を有する者であって，かつ，他の施設でも麻薬を施用又は研究する者のみ記入すること。	
	名　称	**呉診療所**		
許可又は免許の番号 （医師・歯科医師・獣医師又は薬剤師の免許の登録番号を記入すること。）		**医・歯・獣・薬** 第　123456　号	許可又は免許の年月日	（元号）〇年〇月〇日
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。	**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に違反したこと。	**なし** （ある場合は，その違反の事実及び年月日を記入）		
備　　考 （業務所の電話番号を記入すること。） （麻薬管理者免許申請書の場合，申請の理由も記入してください）		電話番号（082）〇△〇－△△△△		

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　（現に居住している自宅の住所を記入すること。）
広島市中区基町 10-25-2150

氏　名　（申請者本人の氏名を記入すること。）
広島　太郎

広島県知事　様（保健所設置市のみ）
広島県〇〇保健所長　様

＜記入例＞麻薬卸売業者の場合

麻薬〇〇者免許申請書

<table>
<tr><td rowspan="2">麻薬業務所</td><td>所在地</td><td colspan="3">（番号・番地まで記入すること。）
広島市南区南町一丁目△—〇□</td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="3">（薬機法により許可になった名称を記入すること。）
保健環境株式会社広島支店</td></tr>
<tr><td rowspan="2">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</td><td>所在地</td><td colspan="3">（記入しないこと。）</td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="3">（記入しないこと。）</td></tr>
<tr><td colspan="2">許可又は免許の番号
（薬局又は医薬品一般販売業の許可番号を記入すること。）</td><td>卸（卸売の場合）
第　123456　号</td><td>許可又は免許の年月日</td><td>（元号）〇年〇月〇日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">申請者（法人にあっては，その業務を行う役員を含む。）の欠格条項</td><td>（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。</td><td colspan="3">なし又は全員なし
（ある場合は，その理由及び年月日を記入。法人の場合は該当者の氏名も記入）</td></tr>
<tr><td>（2）罰金以上の刑に処せられたこと。</td><td colspan="3">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。法人の場合は該当者の氏名も記入）</td></tr>
<tr><td>（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。</td><td colspan="3">なし
（ある場合は，その違反の事実及び年月日を記入。法人の場合は該当者の氏名も記入）</td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考
（業務所の電話番号を記入すること。）</td><td colspan="3">電話番号（082）〇△〇－△△△△</td></tr>
</table>

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　（現に居住している自宅の住所を記入すること。）
広島市中区基町 10-25-2150

氏　名　（申請者本人の氏名を記入すること。）
保健環境株式会社
代表取締役　薬務　太郎

広島県知事　様（保健所設置市のみ）
広島県〇〇保健所長　様

診　　断　　書

住　　所　　広島市中区基町１０－２５－２１５０
氏　　名　　広島　太郎
生年月日　　昭和４０　年　１　月　２　日生

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
☑　該当なし
☐　専門家による判断が必要

診断名	
現に受けている治療の内容	
現在の状況	

2　麻薬，大麻，あへん又は覚醒剤の中毒
☑　なし
☐　あり

令和　○年　○月　○日

医療機関等の名称　　広島市東区牛田○－○－○
所在地　　医療法人社団　県庁会牛田病院
医師氏名　　保健　二郎
電話番号　　（082）○△□―△△△△

（注）法人の場合は，役員全員又は業務を行う役員の診断書を添付すること。
代表取締役の診断書は常に必要です。