



麻 薬 業 務 所	所在地				
		電話番号	()	—	
	名 称				
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 及 び 名 称	/			
※ 許可又は免許の番号		第	号	許可又は免許 の年月日	年 月 日
申 行 な う 役 員 を 含 む つ て は の 欠 格 業 務 を	(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)	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。			
	(5)	(4)に規定する者に事業活動を支配されていること。			
備 考		(1) 免許を受けようとする年 令和 年～ 令和 年 (2) 現免許証番号 第 号			
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。 令和 年 月 日 住 所 氏 名 岡山県知事 殿					

※ 麻薬卸売業者の免許申請にあつては、医薬品医療機器等法の規定に基づく医薬品の販売業の許可番号を記載すること。

診 断 書

氏 名 (男 ・ 女)

大・昭・平 年 月 日生 (歳)

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	

※記載できない場合は、別紙を使用してもよい。

2 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒

- ☐ なし
☐ あり

年 月 日

医療機関等の名称

所 在 地

医師氏名

電話番号 () —