別記第１号様式（第１条関係）

大阪府庁POS　手数料¥3,900-

2620404800020

麻薬取扱者免許申請（卸除く）

麻薬 施用 ・ 管理（注１） 者免許申請書

麻　薬 業務所 （注２）	所　在　地	大阪市阿倍野区旭町1丁目5番7号	
	名　　称	大阪公立大学医学部附属病院 （TEL：　06 - 6645 - 2121　）	
	コード番号		（記入不要）
従として 診療に従事する麻薬診療施設 （注３）	所　在　地	従たる施設の登録をする場合（府下他院でも麻薬を施用される場合）のみご記入ください	
	名　　称	（TEL：　）	
	コード番号		（記入不要）

免許番号　（注４）	医師　歯科医師 獣医師・薬剤師	第〇〇〇〇〇号	免許登録年月日　和暦〇〇年　〇月　〇日

申請者の欠格条項 （注５）	(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。	あり（別紙記載）・なし
	(2) 罰金以上の刑に処されたこと。	あり（別紙記載）・なし
	(3) 薬事又は医事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと。	あり（別紙記載）・なし
保管設備　（注６） （麻薬金庫の設置）	あ　り　・　な　し　なしの場合その理由（　）	
麻薬管理者　（注７）	あ　り　・　な　し	
申請の別　（注８）	新　規　・　継　続〔継続の場合現在の麻薬取扱者免許番号（　）〕	

上記のとおり、免許を受けたいので申請します。

年　　月　　日　※日付は空白

住　所　（注９）　××市××区××―××　（※申請者の現住所）

氏　名（フリガナ）　公大（コウダイ）　太郎（タロウ）

大 阪 府 知 事 殿

診　断　書

氏　名　公大　太郎　←申請者の氏名・生年月日→　生年月日　和暦 〇〇 年 〇 月 〇 日生

1．精神の機能の障がい（□にチェックをつけること）（麻薬及び向精神薬取締法施行規則第１条の２）

☑明らかに該当なし

□専門家による判断が必要（診断名、治療の内容、現在の状況を具体的に別添診断書に記載すること）

別添診断書のとおり（その他 2）参照）

2．麻薬中毒者又は覚醒剤の中毒者でない。

上記のとおり診断します。

年　　月　　日　※日付は空白

所 在 地　大阪市阿倍野区旭町1-5-7

名　　称　大阪公立大学医学部附属病院

医師氏名　大阪　花子　←診断医の氏名

※医局の電話番号を記載（不明なら代表番号）

TEL（　06　）　6645　－　〇〇〇〇

（注）については記入要領参照
右欄は受付者が記入する欄であり、申請者は
記載不要です。

免許の照合印 留意事項（２）		薬務課 保健所 押印欄