**　　麻薬 施用 ・ 管理(注１) 者免許申請書**

薬務課

保健所

押印欄

免許の照合印

留意事項（２）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 名　　　称 | （TEL：　　　　　　　　　　　　　　　） |
| コード番号 | 医師・歯科医師獣医師・薬剤師 |  |  |  |  |  |  | （記入不要） |
| 免許番号　　(注４) | 第　　　　　号  | 免許登録年月日 | 　　年　　　月　　　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　　　　日住　所　　(注９)　　　大 阪 府 知 事 殿 |
|
| 診　断　書 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　年 　　　月　　　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 　 所 在 地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL (　　　)　　　　–　 名　　称　 医師氏名  |

(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。

１．留意事項

(1)病院、診療所などにおいて麻薬を施用する場合は「院外処方せん」のみであっても、麻薬施用者免許証がなければ、「麻薬処方せん」を交付することはできません。

また、麻薬管理者免許証のみでは麻薬を施用することはできません。

(2)申請には、医師免許証等の確認をしますので、必ず**医師・歯科医師・獣医師・薬剤師免許証原本**をご持参ください。

(3)申請書の記載間違いによる訂正に訂正印が必要な場合もありますので、申請書に使用した印鑑をご持参いただくようお願いします。

２．記載上の注意

(注１)いずれか一方**のみ**、申請する免許の種類に○をつけてください。

(注２)麻薬業務所（病院、診療所等）の所在地、名称、電話番号を記載してください。

(注３)従として従事する麻薬業務所がある場合は、その所在地、名称、電話番号を記載してください。

(注４)「免許番号及び年月日」欄には医師・歯科医師・獣医師・薬剤師の免許の種類で該当するものを○で囲み、免許登録番号及び免許登録年月日を記載してください。

(注５)欠格条項の(１)から(４)欄には、申請者に当該事項がないときは「なし」と記載し、当該事項があるときは

(１):その理由及び年月日

(２): その罪、刑、刑の確定年月日及びその執行が終わり、又は刑がなくなった場合はその年月日

(３): その違反の事実及び年月日

を記載してください。

(注６)「保管設備（麻薬金庫）の設置」欄には、業務所内に麻薬専用で固定された堅固な保管設備を設置したうえで、「**あり**」を○で囲んでください。

また、「院外処方せんの交付のみ」の麻薬施用者の申請であって保管設備を設置しない場合は「なし」を○で囲み、「なしの場合の理由欄」に「院外処方せんの交付のみであるため」など具体的な理由を記載してください。

(注７)当該業務所に麻薬管理者が設置されている場合は「**あり**」を、麻薬管理者が設置されていない場合は「**なし**」を○で囲んでください。

(注８)「申請の別」欄には、当該業務所で初めて免許申請を行う場合は「**新規**」を○印で囲み、既免許取得者であって有効期間満了後も引き続き麻薬を施用等する場合は継続を○で囲んでください。なお、継続申請者においては、現在所有する麻薬施用者免許証番号を記載してください。

(注９)「住所、氏名」は申請者の自宅住所（現在、主に居住している場所）、氏名を記載してください。

３．必要書類

診断書（申請書の様式を使用し、診断日より**１ケ月以内**のもの）

４．提出先及び部数

大阪市、堺市、東大阪市に所在する麻薬業務所にあっては、申請書及び診断書１部を大阪府健康医療部薬務課へ、その他の地域にあっては、申請書及び診断書１部をその地域を所管する大阪府保健所生活衛生室薬事課（茨木保健所、四條畷保健所内茨木保健所薬事課分室、藤井寺保健所、泉佐野保健所）へ提出してください。

５．その他

(1)麻薬施用者が２名以上従事する麻薬診療施設には麻薬管理者が必要です。また、従として従事する施設では、**麻薬施用者が１名であっても麻薬を所有する場合には麻薬管理者の設置が必要となります。**

(２)診断書については、精神機能の障がいの程度、内容により免許された業務を行うにあたっての支障がないかについて、その程度、内容を、診断書を作成した医師からお聞きする場合がありますので、診断を受けた施設の**電話番号**は必ず記載していただくようお願いします。