

麻薬小売業者免許申請書

麻薬業務所	所在地			
	名称			
許可の番号	第	号	許可の年月日	年 月 日
申請者 (法人にあつては、 その業務を行なう役員を含む) の欠格事項	(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)	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				
<p>上記のとおり、免許を受けたいので申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)</p> <p>氏名 (法人にあつては、名称)</p> <p>電話番号 ()</p> <p>担当者名</p> <p>中央区保健所長</p>				

(注意)

1 用紙の大きさは、A4とすること。

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日		年 令		
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神障害 精神機能の障害 <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p style="text-align: center;">「明らかに該当なし」の欄に印がつけられない場合においては、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。詳細については別紙も可)</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p>2 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>				
診断年月日	年 月 日			
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健施設 等の名称			
	所 在 地	TEL		
	氏 名			

* 各項目について、該当する欄(□)にチェック印(✓)をつけてください。