麻　薬　施　用　者　免　許　申　請**継　続**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 麻薬業務所 | | 所在地 | 宇部市南小串一丁目１番１号 | | |
| 名称 | 山口大学医学部附属病院 | | |
| 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 |  | | |
| 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 |
| 欠格条項  業務を行う役員を含む。）の  申請者（法人にあっては、その | (1) 法第51条第 1項の  　規定により許可を取  　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) 後見開始の審判を　受けていること。 | |  | | |
| 備考 | | |  | | |
| 上記により、免許を受けたいので申請します。  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　住　所  法人にあっては、  （　　　　　）  主たる事務所の所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名  （法人にあっては、名称）  　山口県知事　　　　　殿 | | | | | |

診　　断　　書

　　　　　　　　　　 住　　所

　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　年　　　月　　　日 生

上記の者について、下記のとおり診断します。

１　精神機能

精神機能の障害

□　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　麻薬中毒又は覚せい剤中毒

□　なし

□　あり

診断年月日　　平成　　年　　月　　日

医療機関等の名称

医療機関等の所在地

医師の氏名