

医師各位

(現在県内の医療機関で勤務されている先生)

保険医登録票及び麻薬施用者免許証の手続きについて

この度の採用にあたり、保険医登録票及び麻薬施用者免許証の手続きについて下記のとおりご案内いたします。ご不明な点等ございましたら下記担当までご連絡ください。

記

1 保険医登録票について

必要な手続き	提出していただく書類等
原本の移管	・「保険医登録票の原本」

2 麻薬施用者免許証について

必要な手続き	提出していただく書類等
変更手続き	・「麻薬施用者免許記載事項変更届」2枚 ・「免許証等受領委任状」 なお、麻薬施用者免許証の原本は、原則として医療機関どうしで移管手続きをしておりますが、先生のお手元に原本がある場合は当院へご提出ください。

<担当>

〒305-8576

茨城県つくば市天久保 2-1-1

筑波大学病院総務部総務課人事・共済係

TEL : 029-853-3512

Mail: byouin-jinji@un.tsukuba.ac.jp

記入例 (県内異動)

①から⑦まで確認、記入していただき
線内に住所、氏名、押印をお願いします

① 第××-△△△△号

麻薬施用者免許証

麻薬業務所

③ 所在地 土浦市真鍋新町1-1-7

④ 名称 土浦市協同病院

所在地
名称

(注) ⑤ 住所 土浦市真鍋新町〇△-〇
氏名

麻薬及び向精神薬取扱法第3条第1項の規定により免許を受けた麻薬施用者であることを証明する。

平成〇〇年1月1日

茨城県知事 筑波 太郎

② 平成 〇〇 年 〇 月 〇〇 日 から
有効期間 平成 〇〇 年 12 月 31 日 まで

麻薬施用者免許証記載事項変更届 ※同じものを2通記入

免許証の番号	① 第 - 号	免許年月日	② 平成 年 月 日
変更すべき事項	業務所 (免許変更項目を記載(例:住所、氏名、従たる施設など))		
変更前	麻薬業務所	所在地	③
	住所	名称	④
	氏名又は名称	※採用時に婚姻等で氏名が変わる方はご連絡ください。	
変更後	従たる施設	所在地	
	麻薬業務所	所在地	つくば市天久保2-1-1
	住所	名称	筑波大学附属病院
		(※採用後の住所)	
	氏名又は名称	※採用時に婚姻等で氏名が変わる方はご連絡ください。	
	従たる施設	所在地	
		名称	⑥ 本院以外で麻薬を施用する病院名称 (例:外勤先および今後の勤務予定病院など)
変更の事由及びその年月日 ⑦ 平成〇〇年〇月〇日採用のため			
上記のとおり、免許証の記載事項に変更を生じたので免許証を添えて届け出ます。			
平成 年 月 日			
※日付記載不要		住所	※変更がない場合には免許証に書かれている通りに記入してください
		氏名	
茨城県知事 殿			印 シャチハタ不可

免許証等受領委任状

茨城県 つくば保健所長 殿

(委任者)

住所

氏名

印
シャチハタ不可

記

私こと [] は、茨城県保健所に麻薬施用者免許記載事項変更申請を行いました。下記の者を代理人と定め、免許証等の受領に関する権限を委託します。

※日付記載不要

平成 年 月 日

(委任者)

住所 つくば市天久保2-1-1
筑波大学附属病院

氏名 病院総務部 総務課 人事・共済

【提出書類】

- 麻薬施用者免許証(原本)
(※病院保管されている場合には、こちらより現在の勤務先から郵送依頼をしますが、ご本人保管の場合には提出してください。)
- 麻薬施用者免許証記載事項変更届(2部)
- 免許証等受領委任状 1部

【注意事項】

- ・変更の必要な事項のみ記入
- ・本人印シャチハタ不可、申請書はすべて同じ印鑑使用
- ・日付記載不要

※不明な箇所は、
空欄で結構です。

【問い合わせ】

筑波大学附属病院総務課 人事・共済係
TEL: 029-853-3512 (直通)

取扱課 薬務課長 殿	経由機関名 茨城県 つくば 保健所 (衛生課扱)	経由第 号 年 月 日
---------------	--------------------------------	----------------

別記第5号様式(第5条関係)

麻薬 施用 者免許証記載事項変更届

免許証の番号		第 一 号	免許年月日	平成 年 月 日
変更すべき事項		業務所		
変更前	麻薬 業務所	所在地		
		名称		
	住所			
	氏名			
従たる 施設	所在地			
	名称			
変更後	麻薬 業務所	所在地	つくば市天久保 2-1-1	
		名称	筑波大学附属病院	
	住所			
	氏名			
従たる 施設	所在地			
	名称			
変更の事由及び その年月日		平成 年 月 日		
<p>上記のとおり、免許証の記載事項に変更を生じたので免許証を添えて届け出ます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>茨城県知事 殿</p>				

(注意) 変更前の欄及び変更後の欄には、該当する事項についてのみ記載すること。

取扱課 薬務課長 殿	経由機関名 茨城県 つくば 保健所 (衛生課扱)	経由第 号 年 月 日
-------------------	--------------------------------	--------------------

別記第5号様式(第5条関係)

麻薬 施用 者免許証記載事項変更届

免許証の番号		第 一 号	免許年月日	平成 年 月 日
変更すべき事項		業務所		
変更前	麻薬 業務所	所在地		
		名称		
	住所			
	氏名			
従たる 施設	所在地			
	名称			
変更後	麻薬 業務所	所在地	つくば市天久保 2-1-1	
		名称	筑波大学附属病院	
	住所			
	氏名			
従たる 施設	所在地			
	名称			
変更の事由及び その年月日		平成 年 月 日		
<p>上記のとおり、免許証の記載事項に変更を生じたので免許証を添えて届け出ます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>茨城県知事 殿</p>				

(注意) 変更前の欄及び変更後の欄には、該当する事項についてのみ記載すること。

免許証等受領委任状

茨城県 つくば保健所長 殿

(委 任 者)

住 所

氏 名

印

記

私こと（ ）は、茨城県つくば保健所に麻薬施用者免許記載事項変更申請を行いました。下記の者を代理人と定め、免許証等の受領に関する一切の権限を委託します。

平成 年 月 日

(受 任 者)

住 所 つくば市天久保 2-1-1 筑波大学附属病院

氏 名 病院総務部 総務課