

医師各位

(現在茨城県外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	提出期限
管轄変更手続き	・「保険医登録票の写し」 現在の勤務先で管轄変更手続きを行っていただけるかご確認ください。なお、変更手続きができない場合は、原本をご提出いただきその旨ご連絡ください。	採用前書類 提出期限と同様

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	提出期限
新規*手続き	・「麻薬施用者免許申請書」2枚 ・「診断書」 ・「免許証等受領委任状」 ・ 医師免許証の原本確認 (直接持参していただくか、簡易書留で下記担当宛に郵送してください。郵送の場合は、確認後すぐに返送いたします) ※上記全ての書類が揃った時点で手続きを開始いたします。	ご入職後すぐに施用する場合 ⇒当案内を受領後、速やかに提出してください。(免許証発行までには通常1カ月程を要します。) ご入職後しばらく施用されない場合 ⇒採用日以降

※麻薬施用者免許証は県単位での発行になります。茨城県外の免許証は、本院では施用できませんので、新規手続きが必要となります。なお、本院で麻薬を施用されない場合は、手続きは不要です。

<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

新規申請書記入例



線内記入、押印をお願いします
※本人印シャチハタ不可

麻薬施用者免許申請書 ※同じもの2通記入してください

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		
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	本院以外（県内）に麻薬を使用する病院等がある場合には記入する。また、次の研修先が県内の場合、この欄に記入しておくこと、引き続き施用する事が可能。		
	名称			
免許又は免許の番号	医師、歯科医師、獣医師、薬剤師		許可又は免許の年月日	平成 年 月 日
	薬局開設許可、医薬品販売業	第 号		
申業の請務欠格（法第51条第3項の規定により免許を取り消されたこと。） （2）罰金以上の刑に処されたこと。 （3）医事又は薬事に関する法令又はこれに基づく処分を違反したこと。 （4）後見開始の審判を受けていること。	(1) 法第51条第3項の規定により免許を取り消されたこと。	なし	確認の上、なければ「なし」と記入。 ※交通違反等の「反則金」は罰金には含まれない。	
	(2) 罰金以上の刑に処されたこと。	なし		
	(3) 医事又は薬事に関する法令又はこれに基づく処分を違反したこと。	なし		
	(4) 後見開始の審判を受けていること。	なし		
備考	上記のとおり、免許を受けたいので申請します。			
年 月 日	※日付記載不要			
住所				
氏名				
茨城県知事 殿	印 シャチハタ不可			

診 断 書				
氏 名				
生年月日	大 正 昭 和 平 成	年	月	日
上記の者は、次の各号に該当しない。				
1 精神の機能の障害により業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適正に行うことができない者				
2 麻薬中毒者				
3 覚せい剤中毒者				
上記のとおり診断する。				
診断年月日	平 成	年	月	日
医療機関名称	筑波大学附属病院			
医療機関所在地	つくば市天久保2-1-1			
医師	(診断医名)			印
※医師の方に記入を依頼してください				

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、茨城県つくば保健所に麻薬施用者免許新規申請を行いました。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	※日付記載不要
(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

- 【提出書類】**
- 麻薬施用者免許申請書(2部提出)
不明な箇所は空欄で結構です。
※申請手数料4300円は本院で負担します。
 - 診断書
※医師の方に記入を依頼してください
 - 免許証等受領委任状
 - 医師免許証原本
※原本照合し、すぐにお返しいたします。
- 【！！注意！！】**
- ・印鑑は書類全部同じものを押してください。
 - ・日付はすべて記載不要です。

【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	手数料納付額 金 4300 円	審査印

別記第1号様式(第1条関係)

麻薬 施用 者免許申請書

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		
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	医師, 歯科医師 獣医師, 薬剤師 第 号	許可又は免 許の年月日	平成 年 月 日	
	薬局開設許可 医薬品販売業 第 号			
申業の 請務欠 格を格 （行条 法う項 人役 員を 含む は）	(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) 後見開始の審判を受けていること。			
備考				
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。				
平成 年 月 日				
住所				
氏名				
印				
茨城県知事 殿				

(注意) 欠格条項の(1)欄から(4)欄までには、当該事実がないときには「なし」と記載し、当該事実があるときは、(1)欄にあってはその理由及び年月日を、(2)欄にあっては、その罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(3)欄にあっては、その違反の事実及び年月日を、(4)欄にあっては「ある」と記載すること

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	手数料納付額 金 4300 円	審査印

別記第1号様式(第1条関係)

麻薬 施用 者免許申請書

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		
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	医師, 歯科医師 獣医師, 薬剤師 第 号	許可又は免 許の年月日	平成 年 月 日	
	薬局開設許可 医薬品販売業 第 号			
申業の 請務欠 格を格 条項 法う項 人役 員を 含む は	(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) 後見開始の審判を受けていること。			
備考				
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。				
平成 年 月 日				
住所				
氏名				
印				
茨城県知事 殿				

(注意) 欠格条項の(1)欄から(4)欄までには、当該事実がないときには「なし」と記載し、当該事実があるときは、(1)欄にあってはその理由及び年月日を、(2)欄にあっては、その罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(3)欄にあっては、その違反の事実及び年月日を、(4)欄にあっては「ある」と記載すること

診 断 書

氏 名	
生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成
<p>上記の者は、次の各号に該当しない。</p> <ol style="list-style-type: none">1 精神の機能の障害により業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適正に行うことができない者2 麻薬中毒者3 覚醒剤中毒者 <p>上記のとおり診断する。</p>	
診断年月日	平成 年 月 日
医療機関名称	
医療機関所在地	
医師氏名	Ⓔ

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新規申請を行いました。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