(様式第33号)

**覚醒剤原料研究者指定申請書**

覚醒剤取締法第３０条の５において準用する同法第４条第２項の規定により、覚醒剤原料研究者の指定

を申請します。

年　　　月　　　日

住　所（〒　　　　－　　　　）（℡　　　－　　　－　　　　）

氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

熊本県知事　　　　　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 研究所の所在地  及び名称 | （〒　　　　－　　　　　）（℡　　　　　－　　　　　－　　　　　） |
| 覚醒剤原料を必要とする研究事項 |  |
| 参考事項 |  |

**記入上の注意**

* 黒（青）インク又は黒（青）ボールペンを用いて、楷書で記入してください。
* 業務所の所在地が熊本市の場合は提出部数は１部とし、熊本市以外の場合は、2部提出してください。

　（提出先）　熊本市の場合　　：熊本県健康福祉部健康局薬務衛生課　　　熊本市以外の場合：業務所在地を管轄する保健所

* 申請者が法人の場合は、氏名欄には、その名称及び代表者の氏名を記載すること
* 参考事項欄には、月平均覚醒剤原料使用予想量その他参考となるべき事項を記載すること。

・申請書に添付する書類は、１）申請者が法人の場合は、申請者の定款又は寄付行為の写し、２）申請者が法人の場合は、登記の謄本、３）保管場所を中心とした平面見取り図、４）保管場所として倉庫・薬品庫を使用する場合はその面積及び設備、５）金庫等を保管場所として用いる場合は、その立体図（大きさ、重量、材質、施錠状態等）

* 収入証紙（4,000円）は、裏面に貼付してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 文書分類 | 分類記号 | | | | 006-003-002-001 | | | | | | | | 主題名 | | | | | | 申請の受付及び審査等に関する文書 | | | | | | | 保存期限 | | | | | | | ５年 | | | | |
| 決裁区分 | □　所長 | | | | １　本申請書を進達してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 起案　令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| □　課長 | | | | ２　本申請について、指定証を交付してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬務衛生課長  （所長） | 審議員  （次長） | | | | （次長） | | | | (薬事担当)  （課長） | | | | | | (監視麻薬担当)  （主幹） | | | | | 起案者 | | | 課員 | | | | | 文書審査 | | | | | | | 公印承認 | | |
|  |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | |  | | | | | 厚生省令第３０号別記第９号様式であるため審査不要 | | | | | | |  | | |
| 保健所受付印 | | | 保健所決裁日付印 | | | | | | 保健所発送日付印 | | | | | | | | 薬務衛生課受付日付印 | | | | 薬務衛生課決裁日付印 | | | | | | | | | 薬務衛生課発送日付印 | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 許可番号 | | | 第　　　　　　　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | | | | | 指定年月日 | | | | 令和　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 衛生総合情報システム受付番号（保健所） | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | | 衛生総合情報システム受付番号（薬務衛生課） | | | |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |