

■ Please mind bold red part with star sign only

마약류 취급승인 신청서(Narcotics bring in permit)

접수번호	접수일	발급일	처리기간	10 일
신청인 (Applicant)	성명(Name): ★		생년월일(Date of birth): ★	
	주소(Address): ★			
	업소의 명칭 (법인인 경우 법인등록번호:)		대표자	
	업소의 소재지			
	소속부서			
	취급의 목적 및 개요(Purpose of drug use): ★			
취급하려는 마약류 (Drugs wish to bring in)	품명(Name of drugs/ingredient) *narcotics medicine only ★		수량(Quantity) ★	
취급기간(period of drug supply e.g.14days): ★				

「마약류 관리에 관한 법률 시행규칙」 제 5 조 및 제 6 조에 따라 위와 같이 마약류의 취급승인을 신청합니다.

년 월 일

신청인(Name) ★

(서명 또는 인)
Signature ★

담당자 성명

담당자 전화번호

식품의약품안전처장(Minister of Food and Drug Safety) 귀하

본인은 이건 업무처리와 관련하여 「전자정부법」 제 36 조제 1 항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 담당 공무원이 출입국에 관한 사실증명을 확인하는 것에 동의합니다.

I agree that the agent in charge may check the truth regarding the immigration information by sharing administrative information under the Article 36 (1) of Electronic Government Act.

신청인(Name) ★

(서명 또는 인) **Signature ★**

첨부서류	<p>1. 「마약류 관리에 관한 법률 시행규칙」 제 5 조제 1 항제 1 호, 제 1 호의 2, 제 2 호, 제 2 호의 2, 제 3 호부터 제 5 호까지 및 제 8 호, 같은 규칙 제 6 조에 해당하는 경우</p> <p>가. 해당 자격을 증명하는 서류 사본</p> <p>나. 취급계획서</p> <p>2. 「마약류 관리에 관한 법률 시행규칙」 제 5 조제 1 항제 6 호에 해당하는 경우</p> <p>가. 출입국을 증명하는 서류 사본(다만, 아래의 행정정보의 공동이용을 통하여 첨부서류에 대한 정보를 확인할 수 있는 경우에는 그 확인으로 첨부서류를 갈음하며, 신청인이 확인에 동의하지 않는 경우에는 신청인이 이를 제출해야 합니다)</p> <p>나. 휴대약품명, 휴대약품의 수량, 체류기간, 입국의 목적 등을 기재한 서류</p> <p>다. 「의료법」에 따른 의료기관(조산원을 제외합니다)의 장 또는 「지역보건법」에 따른 보건소의 장이 발행한 것으로서 자가치료에 필요한 마약 또는 향정신성의약품의 품명, 용법·용량 등이 명시된 진단서(입국자의 경우에는 해당 국가의 정부에서 발행한 자가치료용 마약 또는 향정신성의약품 반출승인서를 말한다)</p> <p>3. 「마약류 관리에 관한 법률 시행규칙」 제 5 조제 1 항제 7 호에 해당하는 경우: 해외 의료봉사·원조 또는 지원 목적임을 증명하는 서류로서 취급하려는 마약 또는 향정신성의약품의 품명, 수량 등이 기재된 해당 국가의 정부 또는 그 밖에 권한이 있는 기관이 발행한 서류</p>	수수료 없음
------	--	-----------

처리절차										
신청서 작성	·	접 수	·	검 토	·	기안 결재	·	승인서 작성	·	통보 및 발급
신청인				처리기관 : 식품의약품안전처						

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]