

麻薬研究者免許（令和 9 年～令和 11 年）更新申請書の提出について

麻薬及び向精神薬取締法に基づく麻薬研究者免許の更新申請書の提出について下記のとおり取り扱いますので、提出期間内に提出されるようお願いいたします。

記

1 麻薬研究者免許更新申請

- | | |
|-----------------|--|
| (1) <u>対象者</u> | 令和 8 年 12 月 31 日で免許の有効期間が満了し、令和 9 年 1 月 1 日以降も引き続き麻薬を取り扱う者 |
| (2) <u>提出書類</u> | 次の 8 点です。詳細は別紙の申請要領を参照してください。
＜1＞申請書（同封した様式を必要枚数コピーしてください）
＜2＞診断書（必要な項目が記載されていること）
＜3＞千葉県収入証紙 4, 600 円分（所定欄に必ず貼付のこと）
＜4＞履歴書
＜5＞研究計画書
＜6＞研究同意書
＜7＞施設の平面図
＜8＞麻薬保管庫の立体図
<u>※旧免許証は同封しないこと</u> |
| (3) <u>提出期間</u> | 令和 8 年 10 月 1 日（木）～令和 8 年 10 月 30 日（金）消印有効 |

2 申請にあたっての注意点

- | |
|---|
| <p>○書類不備等の連絡先（担当者）を添えてください。なお、書類に不備、疑義がある場合（文字が読みにくい場合なども含む）免許を更新できない場合がありますので、別紙の申請要領及び記載例を参照し、十分に確認した上で申請してください。</p> <p>○<u>旧免許証</u>は更新申請書には同封せず、期限が切れるまで<u>お手元で保管</u>してください。旧免許証は令和 9 年 1 月以降に返納届を添付して返納してください。返納の案内は新免許証送付時に同封します。更新手続きをしなかった方には別途通知します。</p> <p>○提出期間内は申請に係る問い合わせの電話が殺到するため、郵送提出における到達確認については配達の実跡ができる方法（簡易書留、レターパック等）を選択されるなど、円滑な免許事務の遂行に御協力をお願いします。</p> |
|---|

3 提出（郵送又は窓口）・問い合わせ先

〒260-8667 千葉市中央区市場町 1-1 千葉県庁本庁舎 10 階（ <u>13 階から移転しましたので御注意ください</u> ） 千葉県健康福祉部薬務課麻薬指導班（電話：043-223-2620）

4 補足

期間内に収受した申請については、年内に新免許証に記載の麻薬業務所へ新免許証を郵送します。

免許を更新しない場合は、上記更新手続きは不要であり、提出書類もありません。免許返納については 2 に記載のとおり、別途案内します。ただし、免許を更新しない場合で当該診療施設から麻薬取扱者が全ていなくなる場合は、別途提出していただく書類がありますので、必ず薬務課まで連絡してください。

(空白ページ)

麻薬研究者免許申請要領（更新時）

1 提出期間

令和8年10月1日（木）～令和8年10月30日（金）

2 手数料

4,600円（千葉県収入証紙）

3 添付書類

- （1）診断書（申請書の裏面を使用してください。原則として1ヶ月以内のもの。）
- （2）履歴書
- （3）研究計画書（学術研究のために麻薬を使用することが分かる内容であること。研究に使用する麻薬の用途、種類、量等についても記載すること）
- （4）研究同意書（研究施設設置者又は施設長の記名または署名があるもの）
- （5）施設の平面図（麻薬保管庫の位置を明示すること）
- （6）麻薬保管庫の立体図（寸法、重量金庫・固定金庫の別、鍵の位置を記載したもの）

4 注意事項

麻薬研究施設に麻薬研究者が一人もいなくなった場合は、麻薬の廃棄・譲渡等の手続きが必要となるので、必ず薬務課までお問い合わせください。

ジアセチルモルヒネ研究等許可の手続きについては、法令の規定のとおり国が直接行っていますので、申請をする場合は、申請書類に更新後の麻薬研究者免許証の写しを添えて、**関東信越厚生局麻薬取締部**へ直接提出をお願いします。

〒102-8309

東京都千代田区九段南1-2-1 九段第三合同庁舎17階

関東信越厚生局麻薬取締部 調査総務課

TEL：03-3512-8688

麻薬免許番号 ※更新申請時のみ記載すること		第 〇〇〇〇 号
2,000 円 千葉県収入証紙	2,000 円 千葉県収入証紙	300 円 千葉県収入証紙
2,000 円 千葉県収入証紙	300 円 千葉県収入証紙	300 円 千葉県収入証紙

新規申請の場合 : 空欄
更新申請の場合 : 現在の免許番号を記載

千葉県収入証紙 4,600 円分 (収入印紙ではありません)を重ならないように貼付してください。

麻薬研究者免許申請書

麻 薬 業 務 所	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県千葉市中央区〇〇町〇-〇	
	名 称	〇〇大学〇〇学部 Tel 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇	
従として研究に従事する 麻薬研究施設 (上記麻薬業務所以外で	所在地	〒 Tel	
申請者の 欠格条項	(1) 麻薬業務所以外で麻薬を使用する麻薬研究施設がない場合は空欄としてください	免許を取り消されたこと。(申請日から 3 年以内)	なし ・ あり (該当を○で囲むこと)
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。(申請日から 3 年以内)		なし ・ あり (該当を○で囲むこと)
	(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。(申請日から 2 年以内)		なし ・ あり (該当を○で囲むこと)
	暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律等。各第 6 条に規定する暴力団員又は同		なし ・ あり (該当を○で囲むこと)
	免許希望日がある場合は日付を入力してください。 ※免許の標準処理期間は 21 日間です。 県が申請書を受理した日から 21 日以内の日付を設定している場合、希望日の発行とならないことがあります。		なし ・ あり (該当を○で囲むこと)
		医師・歯科医師・獣医師・その他 (該当を○で囲むこと)	
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。 令和〇年〇月〇日		(免許希望日 年 月 日～)	
住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県千葉市美浜区〇町〇〇		
氏 名	〇〇 〇〇〇		
千葉県知事 様	申請する麻薬研究者個人の住所、氏名を記載してください。		

- (注意事項)
- 1 診断書 (原則 1 か月以内のもの)を必ず添付してください。診断書は裏面 (別記様式 2) を利用してください。
 - 2 「履歴書」、「研究計画書」、「設置者又は施設長の研究同意書」、「金庫の位置を示した研究施設の平面図」及び「金庫の立体図」を添付してください。
 - 3 申請者の住所、氏名欄には、申請する研究者個人の住所、氏名を記載してください。

麻薬免許番号 ※更新申請時のみ記載すること	第	号
--------------------------	---	---

千葉県収入証紙貼付欄 (4,600 円分) ※申請者は消印しないこと。			
--	--	--	--

麻薬研究者免許申請書

麻 薬 業 務 所	所在地	〒	
	名 称	Tel	
従として研究に従事する 麻薬研究施設 (上記麻薬業務所以外で 麻薬を使用する麻薬研究 施設)	所在地	〒	
	名 称	Tel	
申 請 者 の 欠 格 条 項	(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。(申請日から 3 年以内)	な し ・ あ り (該当を○で囲むこと)	
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。(申請日から 3 年以内)	な し ・ あ り (該当を○で囲むこと)	
	(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。(申請日から 2 年以内)	な し ・ あ り (該当を○で囲むこと)	
	(4) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第 2 条第 6 号に規定する暴力団員又は同号に規定する暴力団員でなくなった日から 5 年を経過しない者であること。	な し ・ あ り (該当を○で囲むこと)	
	(5) (4) に規定する者に事業活動を支配されていること。	な し ・ あ り (該当を○で囲むこと)	
備 考		医師・歯科医師・獣医師・その他 (該当を○で囲むこと)	
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。(免許希望日 年 月 日～) 年 月 日			
住 所 〒 ふりがな 氏 名			
千葉県知事 様			

- (注事事項)
- 1 診断書(原則 1 か月以内のもの)を必ず添付してください。診断書は裏面(別記様式 2)を利用してください。
 - 2 「履歴書」、「研究計画書」、「設置者又は施設長の研究同意書」、「金庫の位置を示した研究施設の平面図」及び「金庫の立体図」を添付してください。
 - 3 申請者の住所、氏名欄には、申請する研究者個人の住所、氏名を記載してください。

診 断 書

氏 名		性別	男	女
生年月日	年 月 日	年齢	歳	
上記の者について、下記のとおり診断します。 (各項目について該当する□欄にチェックを付けてください。) 1 精神機能 精神機能の障害 ☐ 明らかに該当なし ☐ 専門家による判断が必要 「専門家による判断が必要」に該当する場合は、診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況を記載すること。(できるだけ具体的に。詳細については別紙も可) _____ _____ 2 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒 ☐ なし ☐ あり				
診断年月日	年 月 日			
医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称・連絡先	Tel		
	所在地			
	氏 名 ※押印省略可	印		