

麻薬のしおり

[別冊 様式集]

令和4年4月

千葉県健康福祉部薬務課

様式一覽

様式番号	様式	ページ番号	提出（取扱）者						
			麻薬診療施設			麻薬小売業者	麻薬卸売業者	麻薬研究施設	
			開設者	麻薬施用者	麻薬管理者			設置者	麻薬研究者
別記様式 1-1	麻薬施用者免許申請書	3	-	○	-	-	-	-	-
別記様式 1-2	麻薬管理者免許申請書	5	-	-	○	-	-	-	-
別記様式 1-3	麻薬小売業者免許申請書	7	-	-	-	○	-	-	-
別記様式 1-4	麻薬卸売業者免許申請書	9	-	-	-	-	○	-	-
別記様式 1-5	麻薬研究者免許申請書	11	-	-	-	-	-	-	○
別記様式 2	診断書	13	-	○	○	○	○	-	○
別記様式 3	役員変更届 ※ 小売業者、卸売業者用	15	-	-	-	○	○	-	-
別記様式 4-1	麻薬業務（研究）廃止・免許証返納届 ※ 施用者、管理者、研究者用	17	-	○	○	-	-	-	○
別記様式 4-2	麻薬業務廃止・免許証返納届 ※ 小売業者、卸売業者用	19	-	-	-	○	○	-	-
別記様式 5-1	麻薬取扱者免許証記載事項変更届 ※ 施用者、管理者、研究者用	21	-	○	○	-	-	-	○
別記様式 5-2	麻薬取扱者免許証記載事項変更届 ※ 小売業者、卸売業者用	23	-	-	-	○	○	-	-
別記様式 6-1	麻薬取扱者免許証再交付申請書 ※ 施用者、管理者、研究者用	25	-	○	○	-	-	-	○
別記様式 6-2	麻薬取扱者免許証再交付申請書 ※ 小売業者、卸売業者用	27	-	-	-	○	○	-	-
別記様式 7-1, 2	麻薬小売業者間譲渡許可申請書	29	-	-	-	○	-	-	-
別記様式 8-1, 2	麻薬小売業者間譲渡許可変更届	33	-	-	-	○	-	-	-
別記様式 9-1, 2	麻薬小売業者間譲渡許可申請者追加届	36	-	-	-	○	-	-	-
別記様式 10	麻薬小売業者間譲渡許可再交付申請書	39	-	-	-	○	-	-	-
別記様式 11-1, 2	麻薬小売業者間譲渡許可返納届	41	-	-	-	○	-	-	-
別記様式 12-1, 2	麻薬譲受・譲渡確認書 ※ 麻薬小売業者間譲渡用	45	-	-	-	○	-	-	-

様式	様式名	ページ番号	提出（取扱）者						
			麻薬診療施設			麻薬小売業者	麻薬卸売業者	麻薬研究施設	
			開設者	麻薬施用者	麻薬管理者			設置者	麻薬研究者
別記様式 13	麻薬廃棄届	49	○	-	○	○	○	○	-
別記様式 14	麻薬譲受証	51	○	○	○	○	-	○	○
別記様式 15	麻薬譲渡証	52	-	-	-	-	○	-	-
別記様式 16	麻薬事故届	53	-	○*	○	○	○	-	○
別記様式 17	調剤済麻薬廃棄届	55	○	-	-	○	-	-	-
別記様式 18	免許の失効時所有麻薬届	57	○	-	-	○	○	○	-
別記様式 19	免許失効による麻薬譲渡届	59	○	-	-	○	○	○	-
別記様式 20	麻薬帳簿	61	-	○*	○	○	○	-	○
別記様式 21	麻薬年間届	62	-	○*	○	○	-	-	○

※麻薬診療施設に麻薬管理者を設置している場合、麻薬施用者ではなく麻薬管理者が提出（取扱）者となります。

【麻薬取扱者免許申請書等の提出先】

〒260-8667

千葉県千葉市中央区市場町1-1

千葉県健康福祉部 薬務課 麻薬指導班

【麻薬の取扱いに関する問合せ先】

千葉県健康福祉部 薬務課 麻薬指導班

電話 043-223-2620

麻薬免許番号 ※更新申請時のみ記載すること	医・歯・獣 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。
--

麻薬施用者免許申請書

麻 薬 業 務 所	所在地	〒		
	名 称	Tel		
従として診療に従事する 麻薬診療施設 (上記麻薬業務所以外で 麻薬を施用する千葉県内 の病院又は診療所) ※記載欄が不足する場合は 別紙(任意様式)を添付して ください。	(1)	所在地	〒	
		名 称	Tel	
	(2)	所在地	〒	
		名 称	Tel	
医師・歯科医師・獣医師免許証 に記載された登録番号		第 号	免許登録 年 月 日	年 月 日
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)
備 考			医師 ・ 歯科医師 ・ 獣医師 (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 申請者の住所、氏名欄には、申請する医師・歯科医師・獣医師個人の住所、氏名を記載してください。
- 3 2 人以上の麻薬施用者が診療に従事する麻薬診療施設の開設者には、麻薬管理者を 1 人置くことが義務付けられています。(麻薬及び向精神薬取締法第 33 条第 1 項)

麻薬免許番号 ※更新申請時のみ記載すること	<input checked="" type="checkbox"/> 医・歯・獣 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	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。

麻薬施用者免許申請書

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	医療法人社団〇〇会 〇〇病院 Tel 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
従として診療に従事する麻薬診療施設 (上記麻薬業務所以外で麻薬を施用する千葉県内の施設) ※別紙記載してください。	(1) 所在地	〒△△△-△△△△ 千葉県千葉市中央区△△町△-△		
	名称	医療法人社団△△会 △△クリニック Tel △△△ (△△△) △△△△		
	所在地	〒		
名称	Tel			
医師・歯科医師・獣医師免許証に記載された登録番号	第〇〇〇〇号	免許登録年月日	令和〇年〇月〇日	
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)	<input checked="" type="checkbox"/> なし ・ あり (該当を○で囲むこと)		
	罰金以上の刑に処せられたこと	<input checked="" type="checkbox"/> なし ・ あり (該当を○で囲むこと)		
	その他	<input checked="" type="checkbox"/> なし ・ あり (該当を○で囲むこと)		
		<input checked="" type="checkbox"/> 医師	・ 歯科医師 ・ 獣医師 (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～)		
令和〇年〇月〇日				
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県千葉市美浜区〇町〇〇			
ふりがな氏名	〇〇〇 〇〇〇			
千葉県知事様				

麻薬業務所以外で麻薬を施用する麻薬診療施設がない場合は空欄としてください。

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。

申請する医師・歯科医師・獣医師個人の住所、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 申請者の住所、氏名欄には、申請する医師・歯科医師・獣医師個人の住所、氏名を記載してください。
- 3 2 人以上の麻薬施用者が診療に従事する麻薬診療施設の開設者には、麻薬管理者を 1 人置くことが義務付けられています。(麻薬及び向精神薬取締法第 33 条第 1 項)

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。

麻薬管理者免許申請書

麻 薬 業 務 所	所在地	〒		
	名 称	Tel		
医師・歯科医師・獣医師・薬剤師免許証に記載された登録番号		第 号	免許登録 年月日	年 月 日
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)		
備 考		医師・歯科医師・獣医師・薬剤師 (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 申請者の住所、氏名欄には、申請する医師・歯科医師・獣医師・薬剤師個人の住所、氏名を記載してください。
- 3 2 人以上の麻薬施用者が診療に従事する麻薬診療施設の開設者には、麻薬管理者を 1 人置くことが義務付けられています。(麻薬及び向精神薬取締法第 33 条第 1 項)

麻薬免許番号 <small>※更新申請時のみ記載すること</small>	第 ○○○○ 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	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) を重ねないように貼付してください。

麻薬管理者免許申請書

麻薬業務所	所在地	〒○○○-○○○○ 千葉県千葉市中央区○○町○-○		
	名称	医療法人社団○○会 ○○病院 Tel ○○○ (○○○) ○○○○		
医師・歯科医師・獣医師・薬剤師免許証に記載された登録番号		第○○○○号	免許登録年月日	令和○年○月○日
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)	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (該当を○で囲むこと)		
	○年以上の期間に○回以上○回	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (該当を○で囲むこと)		
	○年以上の期間に○回以上○回	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (該当を○で囲むこと)		
	○年以上の期間に○回以上○回	医師・歯科医師・獣医師・ <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師 (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～) 令和○年○月○日				
住所	〒○○○-○○○○ 千葉県千葉市美浜区○町○○			
ふりがな氏名	○○○ ○○○○			
千葉県知事 様	申請する医師・歯科医師・獣医師・薬剤師 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 申請者の住所、氏名欄には、申請する医師・歯科医師・獣医師・薬剤師個人の住所、氏名を記載してください。
- 3 2 人以上の麻薬施用者が診療に従事する麻薬診療施設の開設者には、麻薬管理者を 1 人置くことが義務付けられています。(麻薬及び向精神薬取締法第 33 条第 1 項)

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。

麻薬小売業者免許申請書

麻 薬 業 務 所	所在地	〒	
	名 称	Tel	
薬局の開設許可番号	第 号	開設許可年月日	年 月 日
務 申 を請 行る者 役(法 員人 を)に 含あ む。つて のは、 欠そ 格業 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)	
備 考			
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 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 〒			
氏 名 _____ (法人にあつては、名称及び代表者名)			
_____ 千葉県知事 様			

(注意事項)

- 「代表取締役・代表理事等」と、画定図で指定した「業務を行う役員」全員の診断書 (原則 1 か月以内のもの) を添付してください。診断書は裏面 (別記様式 2) を利用してください。
- 「金庫の位置を示した薬局の平面図」・「金庫の立体図」を添付して下さい。

麻薬免許番号 ※更新申請時のみ記載すること	第 ○○○○ 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	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。				

麻薬小売業者免許申請書

麻 薬 業 務 所	所在地	〒○○○-○○○○ 千葉県千葉市中央区○○町○-○	
	名 称	株式会社○○薬局 千葉店 Tel ○○○ (○○○) ○○○○	
薬局の開設許可番号	○保第○○号	開設許可年月日	令和○年○月○日
申請者 (法人にあっては、その業務を行う役員を含む。) の欠格条項	法第 51 条第 1 項の規定により (1) 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)	
		なし ・ あり (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～)			
令和○年○月○日 住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地) 〒○○○-○○○○ 千葉県千葉市美浜区○○町○-○			
氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者名) 株式会社○○薬局 代表取締役 ○○○○			
千葉県知事 様			

(注意事項)

- 1 「代表取締役・代表理事等」と、画定図で指定した「業務を行う役員」全員の診断書 (原則 1 か月以内のもの) を添付してください。診断書は裏面 (別記様式 2) を利用してください。
- 2 「金庫の位置を示した薬局の平面図」・「金庫の立体図」を添付して下さい。

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 (16,600 円分) ※申請者は消印しないこと。

麻薬卸売業者免許申請書

麻 薬 業 務 所	所在地	〒	
	名 称	Tel	
薬局・卸売販売業の 許可番号	号	許可年月日	年 月 日
(申請者(法人にあっては、その業務を行う役員を含む)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 3 年以内)	なし・あり (該当を○で囲むこと)	
備 考			
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 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)			
〒			
氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者名)			
_____ _____			
千葉県知事 様			

(注意事項)

「代表取締役」と画定図で指定した「麻薬に関する業務を行う役員」全員の診断書(原則 1 か月以内のもの)を添付してください。診断書は裏面(別記様式 2)を利用してください。

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

10,000 円 千葉県収入証紙	3,000 円 千葉県収入証紙	3,000 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 16,600 円分 (収入印紙ではありません) を重ねないように貼付してください。

麻薬卸売業者免許申請書

麻薬業務所	所在地	〒○○○-○○○ 千葉県千葉市中央区○○町○-○	
	名称	株式会社○○薬品 千葉支店 Tel ○○○ (○○○) ○○○○	
薬局・卸売販売業の 許可番号	第○○○○号	許可年月日	令和○年○月○○日
申請者(法人にあっては、その業務を行う役員を含む)の欠格条項	法第51条第1項の規定により免許(1)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)	
	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)	
		なし・あり (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～)			
令和○年○月○日			
住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地) 〒○○○-○○○ 千葉県千葉市中央区○○町○-○			
氏名 (法人にあっては、名称及び代表者名) 株式会社○○薬品 代表取締役 ○○○○			
千葉県知事 様			

(注意事項)

「代表取締役」と画定図で指定した「麻薬に関する業務を行う役員」全員の診断書(原則1か月以内のもの)を添付してください。診断書は裏面(別記様式2)を利用してください。

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)
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。

麻薬免許番号 ※更新申請時のみ記載すること	第 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	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 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	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。	より免許を取り消さ (以内)	なし ・ あり (該当を○で囲むこと)
	罰金以上の刑に処せられたこと		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。		なし ・ あり (該当を○で囲むこと)
	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。		(免許希望日 年 月 日～)	
令和〇年〇月〇日			
住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県千葉市美浜区〇町〇〇		
ふりがな 氏 名	〇〇〇 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	
<p>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。)</p> <p>1 精神機能 精神機能の障害 <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 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)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>				
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		

診 断 書

氏 名	〇〇 〇〇	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
生年月日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	年齢	〇〇歳	
<p>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。)</p> <p>1 精神機能 精神機能の障害 <input checked="" type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 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)</p> <hr/> <hr/> <p>2 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>				
診断年月日	令和〇年〇月〇日			
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健施設 等の名称・連絡先	医療法人社団〇〇会 〇〇病院 Tel 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
	所在地	千葉県千葉市中央区〇〇町〇-〇		
	氏 名 ※押印省略可	〇〇 〇〇		印

原則、麻薬取扱者免許申請書の申請日
(県への提出日)から1か月以内の診断
書を添付してください。

麻薬(小売業・卸売業)者役員変更届^{※1}

免許証の番号		第 号	免許年月日 (有効期間の始期)	年 月 日
麻薬業務所	所在地	〒		
	名 称	Tel		
変更年月日		年 月 日		
変 更 前 ^{※2}	職氏名	職氏名		
	職氏名	職氏名		
	職氏名	職氏名		
変 更 後 ^{※2,3}	職氏名	職氏名		
	職氏名	職氏名		
	職氏名	職氏名		
変更後の業務を行う 役員の欠格条項	(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)		
備 考				
上記のとおり、業務を行う役員に変更を生じたので届け出ます。				
年 月 日				
住 所 (法人の場合は、主たる事務所の所在地)				
〒				
氏 名 (法人の場合は、名称及び代表者名)				
千葉県知事 様				

(注意)

※1 ()内の該当する免許の種類に○を付けてください。

※2 変更前と変更後の欄には、業務を行う役員全員を記載すること。

※3 新たに役員となった者に係る診断書(原則1か月以内のもの、別記様式2)を必ず添付してください。

麻薬（小売業・卸売業）者役員変更届※1

免許証の番号	〇〇第〇〇号	免許年月日	令和〇年〇月〇日	
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	株式会社〇〇薬局 千葉店 Tel 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
変更年月日	令和〇年〇月〇日			
変更前※2	職氏名 代表取締役	〇〇 〇〇	職氏名	
	職氏名 取締役	△△ △△	職氏名	
	職氏名		職氏名	
変更後※2,3	職氏名 代表取締役	△△ △△	職氏名	
	職氏名 取締役	□□ □□	職氏名	
	職氏名		職氏名	
変更後の業務を行う 役員の欠格条項	(1) 法第51条第1項の規定 されたこと（申請日から3	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 新たに役員となった者については、診断書を添付してください。 </div>		
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと （申請日から3年以内）			<input checked="" type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> 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）			<input checked="" type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり （該当を○で囲むこと）
備考				
上記のとおり、業務を行う役員に変更を生じたので届け出ます。 令和〇年〇月〇日 住 所 （法人の場合は、主たる事務所の所在地） 〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県千葉市美浜区〇〇町〇〇 氏 名 （法人の場合は、名称及び代表者名） 株式会社〇〇薬局 代表取締役 △△ △△ 千葉県知事 様				

(注意)

※1 () 内の該当する免許の種類に○を付けてください。

※2 変更前と変更後の欄には、業務を行う役員全員を記載すること。

※3 新たに役員となった者に係る診断書（原則1か月以内のもの、別記様式2）を必ず添付してください。

麻薬 $\left[\begin{array}{c} \text{施管研} \\ \text{用理究} \end{array} \right]$ 者 $\left[\begin{array}{c} \text{業務(研究)廃止} \\ \text{免許証返納} \end{array} \right]$ 届^{※1,2}

免許証の番号		第 号	免許年月日 (有効期間の始期)	年 月 日
麻薬業務所	所在地	〒		
	名称			
氏 名				
業務(研究)廃止又は 免許証返納の事由				
上記事由の年月日		年 月 日		
<p>上記のとおり、(業務(研究)を廃止した・免許証を返納したい) ^{※1} ので免許証を添えて 届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所^{※3}</p> <p>〒</p> <hr/> <p>届出義務者続柄 本人 ・ 相続人等 (該当に○をつける)</p> <p>ふりがな</p> <p>氏 名^{※3}</p> <hr/> <p>千葉県知事 様</p>				

(注意事項)

※1 () 内の該当する免許の種類、届出内容に○を付けてください。

※2 業務(研究)廃止届

…免許証の有効期間内において、異動や退職等により麻薬業務(研究)を廃止する場合

免許証返納届

…有効期間が満了した免許証を返納する場合や、免許取消し処分により免許証を返納する場合

※3 免許を受けている個人の住所、氏名を記載してください。

該当する免許・届出の種類に○を付けてください。

麻薬 施用
管理
研究 者 業務(研究)廃止
免許証返納 届^{※1,2}

免許証の番号	医第○○○号	免許年月日 <small>(有効期間の始期)</small>	令和4年1月1日
麻薬業務所	所在地	〒○○○-○○○○ 千葉県千葉市中央区○○町○-○	
	名称	医療法人社団○○会 ○○病院 Tel ○○○ (○○○) ○○○○	
氏名	○○ ○○○		
業務(研究)廃止又は 免許証返納の事由	退職のため		
上記事由の年月日	令和4年3月31日		
上記のとおり、(業務(研究)を廃止した ・ 免許証を返納したい) ^{※1} ので免許証を添えて 届け出ます。 令和○年○月○日			
住所 ^{※3}	〒○○○-○○○○ 千葉県千葉市美浜区○町○○		
届出義務者続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 ・ 相続人等 (該当に○をつける)		
ふりがな 氏名 ^{※3}	○○○ ○○○○		
千葉県知事 様			

該当する届出の内容に○を付けてください。

届出する麻薬施用者・麻薬管理者・麻薬研究者個人の住所、氏名を記載してください。

本人死亡の場合は、「相続人等」に○をつけること。

(注意事項)

※1 () 内の該当する免許の種類、届出内容に○を付けてください。

※2 業務(研究)廃止届

…免許証の有効期間内において、異動や退職等により麻薬業務(研究)を廃止する場合

免許証返納届

…有効期間が満了した免許証を返納する場合や、免許取消し処分により免許証を返納する場合

※3 免許を受けている個人の住所、氏名を記載してください。

麻薬 { } 者 { } 届^{※1,2}

小 売 業
卸 売 業

業 務 廃 止
免 許 証 返 納

免許証の番号	第 号	免許年月日 <small>(有効期間の始期)</small>	年 月 日
麻薬業務所	所在地	〒	
	名 称		
氏 名 <small>(法人にあつては法人の名称)</small>			
業務廃止又は 免許証返納の事由			
上記事由の年月日	年 月 日		
<p>上記のとおり、(業務を廃止した ・ 免許証を返納したい)^{※1} ので免許証を添えて届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所^{※3} <small>(法人の場合は、主たる事務所の所在地)</small></p> <p style="text-align: center;">〒</p> <hr/> <p style="text-align: center;">届出義務者続柄 本人 ・ 相続人等 (該当に○をつける)</p> <p style="text-align: center;">氏 名^{※3} <small>(法人の場合は、名称及び代表者名)</small></p> <hr/> <p>千葉県知事 様</p>			

(注意事項)

※1 () 内の該当する免許の種類、届出内容に○を付けてください。

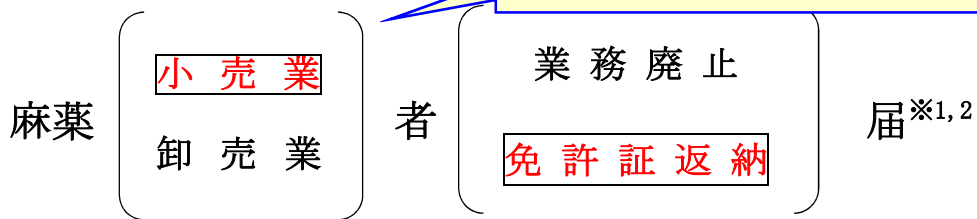
※2 業務(研究)廃止届

…免許証の有効期間内において、異動や退職等により麻薬業務(研究)を廃止する場合

免許証返納届

…有効期間が満了した免許証を返納する場合や、免許取消し処分により免許証を返納する場合

該当する免許・届出の種類に○を付けてください。



免許証の番号	○保第○○○号	免許年月日 <small>(有効期間の始期)</small>	令和○年1月1日
麻薬業務所	所在地	〒○○○-○○○○ 千葉県千葉市中央区○○町○-○	
	名称	株式会社○○薬局 ○○店	
氏名 <small>(法人にあつては法人の名称)</small>	株式会社○○薬局		
業務廃止又は 免許証返納の事由	有効期間満了のため		
上記事由の年月日	令和○年12月31日		
<p>上記のとおり、(業務を廃止した・免許証を返納したい)^{※1} ので免許証を添えて届け出ます。</p> <p>令和○年1月5日</p> <p style="text-align: right;">住所^{※3} <small>(法人の場合は、主たる事務所の所在地)</small></p> <p style="text-align: right;">〒○○○-○○○○ 千葉県千葉市中央区○○町○-○</p> <hr/> <p>届出義務者続柄 本人 ・ 相続人等 (該当に○をつける)</p> <p style="text-align: right;">氏名^{※3} <small>(法人の場合は、名称及び代表者名)</small></p> <p style="text-align: right;">株式会社○○薬品 代表取締役 ○○○○</p> <hr/> <p>千葉県知事 様</p>			

該当する届出の内容に○を付けてください。

(注意事項)

※1 () 内の該当する免許の種類、届出内容に○を付けてください。

※2 業務(研究)廃止届

…免許証の有効期間内において、異動や退職等により麻薬業務(研究)を廃止する場合

免許証返納届

…有効期間が満了した免許証を返納する場合や、免許取消し処分により免許証を返納する場合

麻薬 (施用 ・ 管理 ・ 研究) 者免許証記載事項変更届^{※1}

免許証の番号		第 号	免許 年月日	年 月 日
変更すべき事項				
変 更 前 ※2	(1) 麻薬業務所	所在地	〒	
		名称	Tel	
	(2) 住 所		〒	
	(3) 氏 名			
(4) 従たる施設	所在地	〒		
	名称	Tel		
変 更 後 ※2	(1) 麻薬業務所	所在地	〒	
		名称	Tel	
	(2) 住 所		〒	
	(3) 氏 名			
(4) 従たる施設	所在地	〒		
	名称	Tel		
変更の事由及びその年月日		(変更の事由)		
		(変更年月日) 年 月 日		
上記のとおり、免許証の記載事項に変更を生じたので <u>免許証を添えて</u> 届け出ます。				
年 月 日				
住 所 ^{※3}				
〒				
氏 名 ^{※3}				
千葉県知事 様				

(注意事項)

※1 () 内の該当する免許の種類に○を付けてください。

※2 変更のあった事項のみ記載してください。麻薬業務所の変更に伴い、当該麻薬業務所に麻薬取扱者が 1 人もいなくなる場合は、「免許の失効時所有麻薬届 (別記様式 18)」等の提出が必要です。

※3 免許を受けている個人の住所、氏名を記載してください。

該当する免許の種類に○を付けてください。

麻薬 (施用) ・ 管理 ・ 研究) 有免許証記載事項変更届

免許証の番号		医第○○○○○号	免許年月日	令和○年○月○日
変更すべき事項		住所の変更、氏名の変更、従たる施設の追加		
更 前	所在地	〒		
	称	Tel		
	(2) 住所	〒○○○-○○○ 千葉県千葉市美浜区○町○○		
	(3) 氏名	○○ ○○		
地	所在地	〒		
	称	Tel		
変 更 後 ※2	(1) 麻薬業務所	所在地	〒	
		名称		
	(2) 住所	〒△△△-△△△△ 千葉県千葉市中央区△町△△		
	(3) 氏名	△△ ○○ (○○ ○○) ※旧姓を使用する場合の記載例		
(4) 従たる施設	所在地	〒△△△-△△△△ 千葉県千葉市中央区△△町△-△		
	名称	医療法人社団○○会 ○○クリニック Tel ○○○ (○○○) ○○○○		
変更の事由及びその年月日		(変更の事由) ①異動のため ②結婚のため (変更年月日) ①令和○年○月○日 ②令和○年○月○日		
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。 令和○年○月○日				
住所※3		〒△△△-△△△△ 千葉県千葉市中央区△町△△		
氏名※3		△△ ○○ (○○ ○○)		
千葉県知事 様				

(注意事項)

- ※1 () 内の該当する免許の種類に○を付けてください。
- ※2 変更のあった事項のみ記載してください。麻薬業務所の変更に伴い、当該麻薬業務所に麻薬取扱者が1人もいなくなる場合は、「免許の失効時所有麻薬届 (別記様式18)」等の提出が必要です。
- ※3 免許を受けている個人の住所、氏名を記載してください。

麻薬（小売業・卸売業）者免許証記載事項変更届^{※1}

免許証の番号		第 号	免許 年月日	年 月 日
変更すべき事項				
変更 前 ※2	(1) 麻薬業務所	所在地	〒	
		名称	Tel	
	(2) 住 所 (法人の場合は、主たる事務所の所在地)	〒		
変更 後 ※2	(1) 麻薬業務所	所在地	〒	
		名称	Tel	
	(2) 住 所 (法人の場合は、主たる事務所の所在地)	〒		
(3) 氏 名 (法人の場合は、名称及び代表者名)				
変更の事由及びその年月日		(変更の事由)		
		(変更年月日) 年 月 日		
上記のとおり、免許証の記載事項に変更を生じたので <u>免許証を添えて</u> 届け出ます。				
年 月 日				
住 所 (法人の場合は、主たる事務所の所在地)				
〒				
氏 名 (法人の場合は、名称及び代表者名)				
千葉県知事 様				

(注意事項)

※1 () 内の該当する免許の種類に○を付けてください。

※2 変更のあった事項のみ記載してください。麻薬業務所の変更に伴い、当該麻薬業務所に麻薬取扱者が1人もいなくなる場合は、「免許の失効時所有麻薬届（別記様式 18）」等の提出が必要です。

該当する免許の種類に○を付けてください。

麻薬 (**小売業** ・ 卸売業) 者免許証記載事項変更届^{※1}

免許証の番号		○保第○○○号	免許 年月日	令和○年○月○日
変更すべき事項		法人所在地の変更		
更 前 ※2	所在地	〒		
	名称	Tel		
	(2) 住所 (法人の場合は、主たる事務所の所在地)	〒○○○-○○○ 千葉県千葉市美浜区○○町○-○		
変更のあった箇所のみ記載してください。				
変 更 後 ※2	所在地	〒		
	名称	Tel		
	(2) 住所 (法人の場合は、主たる事務所の所在地)	〒△△△-△△△△ 千葉県習志野市△△町△△		
	(3) 氏名 (法人の場合は、名称及び代表者名)			
変更の事由及びその年月日		(変更の事由) 法人所在地変更のため (変更年月日) 令和○年○月○日		
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。 令和○年○月○日 住所 (法人の場合は、主たる事務所の所在地) 〒△△△-△△△△ 千葉県習志野市△△町△△ 氏名 (法人の場合は、名称及び代表者名) 株式会社○○薬局 代表取締役 ○○○○				
千葉県知事 様				

(注意事項)

※1 () 内の該当する免許の種類に○を付けてください。

※2 変更のあった事項のみ記載してください。麻薬業務所の変更に伴い、当該麻薬業務所に麻薬取扱者が1人もいなくなる場合は、「免許の失効時所有麻薬届 (別記様式 18)」等の提出が必要です。

<p>千葉県収入証紙貼付欄 (3,200 円分)</p> <p>※申請者は消印しないこと。</p>

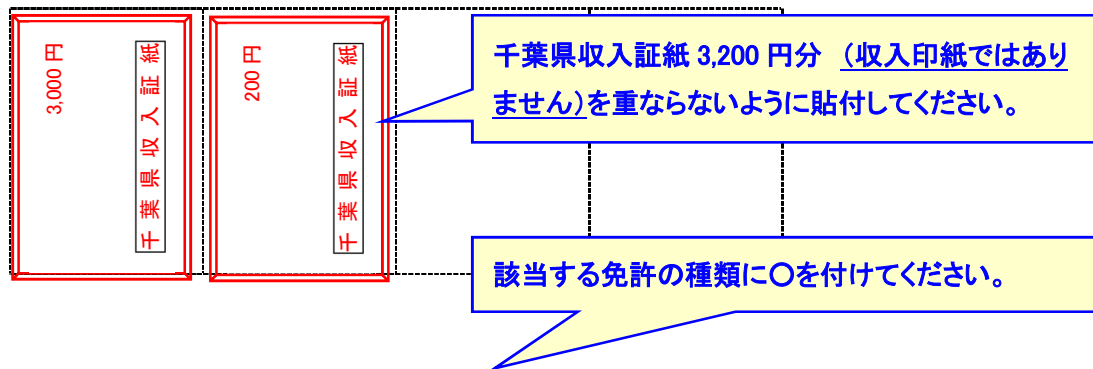
麻薬（施用・管理・研究）者免許証再交付申請書^{※1}

免許証の番号	第 号	免許年月日 (有効期間の始期)	年 月 日
麻薬業務所	所在地	〒	
	名 称	Tel	
氏 名			
再交付の事由及びその年月日		(再交付する理由) 年 月 日	
<p>上記のとおり、免許証の再交付を申請します。</p> <p style="margin-left: 40px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 40px;">住 所^{※2}</p> <p style="margin-left: 80px;">〒</p> <p style="margin-left: 40px;">氏 名^{※2} _____</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p> <p>千葉県知事 様</p>			

(注意事項)

※1 () 内の該当する免許の種類に○を付けてください。

※2 免許を受けている個人の住所、氏名を記載してください。



麻薬（施用・**管理**・研究）者免許証再交付申請書^{※1}

免許証の番号		第○○○○号	免許年月日 (有効期間の始期)	令和○年○月○日
麻薬業務所	所在地	〒○○○-○○○ 千葉県千葉市中		
	名称	医療法人社団○ Tel ○○○ (○○) ○○○○		
氏名		○○ ○○		
再交付の事由及びその年月日		(再交付する理由) 免許証紛失のため 令和○年○月○日		
上記のとおり、免許証の再交付を申請します。 令和○年○月○日				
住所 ^{※2}		〒○○○-○○○ 千葉県千葉市美浜区○町○○		
氏名 ^{※2}		○○○ ○○○		
千葉県知事 様				

(注意事項)

※1 () 内の該当する免許の種類に○を付けてください。

※2 免許を受けている個人の住所、氏名を記載してください。

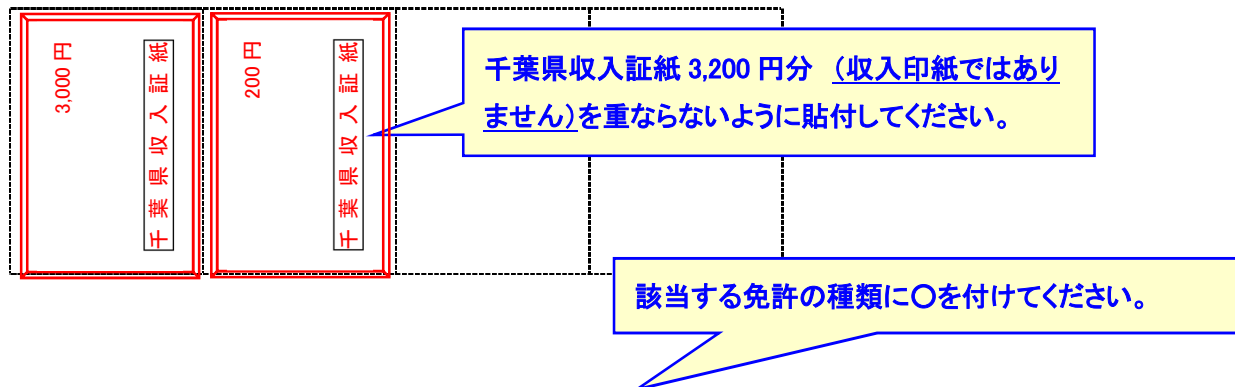
<p>千葉県収入証紙貼付欄 (3,200 円分)</p> <p>※申請者は消印しないこと。</p>

麻薬（小売業・卸売業）者免許証再交付申請書^{※1}

免許証の番号	第 号	免許年月日 (有効期間の始期)	年 月 日
麻薬業務所	所在地	〒	
	名 称	Tel	
氏 名 (法人にあつては法人の名称)			
再交付の事由及びその年月日	(再交付する理由) 年 月 日		
<p>上記のとおり、免許証の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 (法人の場合は、主たる事務所の所在地)</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (法人の場合は、名称及び代表者名)</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p>千葉県知事 様</p>			

(注意事項)

※1 () 内の該当する免許の種類に○を付けてください。



麻薬 (**小売業** ・ 卸売業) 者免許証再交付申請書^{※1}

免許証の番号	○保第○○○号	免許年月日 (有効期間の始期)	令和○年1月1日
麻薬業務所	所在地	〒○○○-○○○○ 千葉県千葉市中央区○○町○-○	
	名称	株式会社○○薬局 ○○店 Tel ○○○ (○○○) ○○○○	
氏名 (法人にあつては法人の名称)	株式会社○○薬局		
再交付の事由及びその年月日	(再交付する理由) 免許証紛失のため 令和○年○○月○○日		
<p>上記のとおり、免許証の再交付を申請します。</p> <p>令和○年○月○日</p> <p>住所 (法人の場合は、主たる事務所の所在地)</p> <p>〒○○○-○○○○ 千葉県千葉市中央区○○町○-○</p> <p>氏名 (法人の場合は、名称及び代表者名)</p> <p>株式会社○○薬品 代表取締役 ○○○○</p> <p>千葉県知事 様</p>			

(注意事項)

※1 () 内の該当する免許の種類に○を付けてください。

麻薬小売業者間譲渡許可申請書

共同して申請する他の麻薬小売業者がその在庫量の不足のため麻薬処方せんにより調剤することができない場合において、当該不足分を補足する必要があると認めるとき又は麻薬卸売業者から譲り受けた麻薬であって、その譲受けの日から 90 日を経過したものを保管しているとき、若しくは麻薬卸売業者から譲り受けた麻薬について、その一部を法第 24 条第 11 項若しくは第 12 項の規定に基づき譲り渡した場合において、その残部であって、その譲渡の日から 90 日を経過したものを保管しているときに限り、麻薬を譲り渡したいので申請します。

年 月 日

譲渡人・譲渡先	①	麻薬業務所	免許証の番号	第 号
			所在地	〒
			名称	
		申請者	住所 (法人にあつては、 主たる事務所の所在地)	〒
			氏名 (法人にあつては、名称)	
			住所 (法人にあつては、 主たる事務所の所在地)	〒
	②	麻薬業務所	免許証の番号	第 号
			所在地	〒
			名称	
		申請者	住所 (法人にあつては、 主たる事務所の所在地)	〒
			氏名 (法人にあつては、名称)	
			住所 (法人にあつては、 主たる事務所の所在地)	〒
	③	麻薬業務所	免許証の番号	第 号
			所在地	〒
			名称	
申請者		住所 (法人にあつては、 主たる事務所の所在地)	〒	
		氏名 (法人にあつては、名称)		
		住所 (法人にあつては、 主たる事務所の所在地)	〒	
代表者の氏名 (法人にあつては、名称)				
備 考			問合せ先：	

千葉県知事 様

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 麻薬業務所欄及び申請者欄にその全てを記載することができないときは、別記様式 7-2 に記載すること。

譲渡人・譲渡先	①	麻薬業務所	免許証の番号	第 号
			所在地	〒
			名称	
		申請者	住所 (法人にあつては、 主たる事務所の所在地)	〒
			氏名 (法人にあつては、名称)	
	②	麻薬業務所	免許証の番号	第 号
			所在地	〒
			名称	
		申請者	住所 (法人にあつては、 主たる事務所の所在地)	〒
			氏名 (法人にあつては、名称)	
	③	麻薬業務所	免許証の番号	第 号
			所在地	〒
			名称	
		申請者	住所 (法人にあつては、 主たる事務所の所在地)	〒
氏名 (法人にあつては、名称)				
④	麻薬業務所	免許証の番号	第 号	
		所在地	〒	
		名称		
	申請者	住所 (法人にあつては、 主たる事務所の所在地)	〒	
		氏名 (法人にあつては、名称)		

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 余白には、斜線を引くこと。

麻薬小売業者間譲渡許可申請書

共同して申請する他の麻薬小売業者がその在庫量の不足のため麻薬処方せんにより調剤することができない場合において、当該不足分を補足する必要があると認めるとき又は麻薬卸売業者から譲り受けた麻薬であって、その譲受けの日から 90 日を経過したものを保管しているとき、若しくは麻薬卸売業者から譲り受けた麻薬について、その一部を法第 24 条第 11 項若しくは第 12 項の規定に基づき譲り渡した場合において、その残部であって、その譲渡の日から 90 日を経過したものを保管しているときに限り、麻薬を譲り渡したいので申請します。

麻薬小売業者免許証の番号を記載してください。

令和〇年〇月〇日

譲渡人・譲渡先	①	麻薬業務所	免許証の番号	第〇〇〇〇〇号
			所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県〇〇市〇〇町〇-〇
			名称	株式会社〇〇薬局 1号店
	申請者		住所 (法人にあっては、 主たる事務所の所在地)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県〇〇市〇〇町〇-〇
			氏名 (法人にあっては、名称)	株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇〇〇
	②	麻薬業務所	免許証の番号	第〇〇〇〇〇号
			所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県〇〇市〇〇町〇-〇
			名称	株式会社〇〇薬局 2号店
	申請者		住所 (法人にあっては、 主たる事務所の所在地)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県〇〇市〇〇町〇-〇
			氏名 (法人にあっては、名称)	株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇〇〇
	③	麻薬業務所	免許証の番号	第□□□□□号
			所在地	〒□□□-□□□□ 千葉県□□市□□町□-□
名称			株式会社□□ファーマシー 本店	
申請者		住所 (法人にあっては、 主たる事務所の所在地)	〒■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■ ■ 県 ■ ■ ■ ■ 市 ■ ■ ■ ■ 町 ■ ■ - ■ ■	
		氏名 (法人にあっては、名称)	株式会社□□ファーマシー 代表取締役 □□□□	
代表者の氏名 (法人にあっては、名称)			株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇〇〇	
備考			問合せ先：株式会社〇〇薬局 1号店 Tel XXX-XXX-XXXX	

麻薬小売間譲渡許可における代表者を置く場合は、代表となる者の氏名を記載してください。

千葉県知事 様

(注意) 申請に関する問い合わせ先を記載してください。

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 麻薬業務所欄及び申請者欄にその全てを記載することができないときは、別記様式 7-2 に記載すること。

譲渡人・譲渡先	①	麻薬業務所	免許証の番号	第■■■■■号
			所在地	〒■■■■-■■■■ 千葉県■■市■■町■-■
			名称	株式会社■■ファーマシー 千葉店
		申請者	住所 (法人にあつては、 主たる事務所の所在地)	〒■■■■-■■■■ 千葉県■■市■■町■-■
			氏名 (法人にあつては、名称)	株式会社□□ファーマシー 代表取締役 □□□□
	②	麻薬業務所	免許証の番号	第 号
			所在地	〒
			名称	
		申請者	住所 (法人にあつては、 主たる事務所の所在地)	〒
			氏名 (法人にあつては、名称)	
	③	麻薬業務所	免許証の番号	第 号
			所在地	〒
			名称	
		申請者	住所 (法人にあつては、 主たる事務所の所在地)	〒
氏名 (法人にあつては、名称)				
④	麻薬業務所	免許証の番号	第 号	
		所在地	〒	
		名称		
	申請者	住所 (法人にあつては、 主たる事務所の所在地)	〒	
		氏名 (法人にあつては、名称)		

余白に斜線を引いてください。

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 余白には、斜線を引くこと。

麻薬小売業者間譲渡許可変更届

許可年月日	年 月 日	許可番号	千葉県指令第 号
変更前	麻薬業務所	所在地	
		名 称	
	住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)		
	氏名 (法人にあつては名称)		
変更後	麻薬業務所	所在地	
		名 称	
	住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)		
	氏名 (法人にあつては名称)		
変更・免許の失効の事由及びその年月日			
<input type="checkbox"/> 当該許可を受けた他の麻薬小売業者全員の同意を得ている。			
上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可免許の失効・変更を行ったので届け出ます。 年 月 日			
① 麻薬業務所名称 _____ 住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) _____ 氏名 (法人にあつては、名称) _____			
② 麻薬業務所名称 _____ 住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) _____ 氏名 (法人にあつては、名称) _____			
千葉県知事 様			
備 考	問合せ先：		

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 届出者欄に、麻薬小売業者間譲渡許可を受けた者のすべてを記載することができないときは、別紙 (別記様式 8-2) に記載すること。
- 3 代表者の変更を届け出る場合は、変更前の氏名欄に変更前の代表者を、変更後の氏名欄に変更後の代表者を、変更・免許の失効の事由及びその年月日欄に代表者を変更する旨を記載すること。
- 4 代表者のみが届出を行う場合は、当該届出の内容について、当該許可を受けた他の麻薬小売業者全員の同意を得た上で、必要事項を記載すること。また、同意を得ている場合は、同意欄にチェックを入れること。

麻薬業務所名称	_____
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）	_____
氏名（法人にあつては、名称）	_____
麻薬業務所名称	_____
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）	_____
氏名（法人にあつては、名称）	_____
麻薬業務所名称	_____
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）	_____
氏名（法人にあつては、名称）	_____
麻薬業務所名称	_____
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）	_____
氏名（法人にあつては、名称）	_____
麻薬業務所名称	_____
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）	_____
氏名（法人にあつては、名称）	_____

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 とすること。
- 2 余白には、斜線を引くこと。

麻薬小売業者間譲渡許可変更届

許可年月日	令和〇年〇月〇日	許可番号	千葉県指令第〇〇〇号
変更前	麻薬小売業者譲渡許可の許可番号 (「千葉県指令」で始まる番号)を記載してください。		〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県〇〇市〇〇町〇-〇
			株式会社〇〇ファーマシー 本店
	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)		〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県〇〇市〇〇町〇-〇
	氏名(法人にあっては名称)		株式会社〇〇ファーマシー 代表取締役〇〇〇〇
変更後	代表者が他の麻薬小売業者全員の同意を得た上で、代表者のみが届出を行う場合は、同意欄にチェックを入れてください。		〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県〇〇市〇〇町〇-〇
			株式会社〇〇ファーマシー 本店
	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)		〒■■■■-■■■■ 千葉県■■市■■町■-■
	氏名(法人にあっては、名称)		株式会社〇〇ファーマシー 代表取締役〇〇〇〇
変更・免許の失効の事由及びその年月日		法人所在地の変更のため 令和4年4月1日	
<input checked="" type="checkbox"/> 当該許可を受けた他の麻薬小売業者全員の同意を得ている。			
上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可免許の失効・変更を行ったので届け出ます。 令和〇年〇月〇日			
① 麻薬業務所名称		株式会社〇〇薬局 1号店	
住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)		千葉県〇〇市〇〇町〇-〇	
氏名(法人にあっては、名称)		株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇〇〇	
② 麻薬業務所名称		届出者欄には、全ての麻薬小売業者を記載してください。 ただし、代表者が他の麻薬小売業者全員の同意を得た上で届出を行う場合、届出者欄には、代表者の情報のみを記載してください。(代表者以外の情報は記載省略可能です。)	
住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)		_____	
氏名(法人にあっては、名称)		_____	
千葉県知事 様			
備考		問合せ先：株式会社〇〇薬局 1号店 Tel XXX-XXX-XXXX	

(注意)

- 1 届出に関する問い合わせ先を記載してください。
- 2 _____のすべてを記載することができないときは、別紙(別記様式8-2)に記載すること。
- 3 代表者の変更を届け出る場合は、変更前の氏名欄に変更前の代表者を、変更後の氏名欄に変更後の代表者を、変更・免許の失効の事由及びその年月日欄に代表者を変更する旨を記載すること。
- 4 代表者のみが届出を行う場合は、当該届出の内容について、当該許可を受けた他の麻薬小売業者全員の同意を得た上で、必要事項を記載すること。また、同意を得ている場合は、同意欄にチェックを入れること。

麻薬小売業者間譲渡許可申請者追加届

許可年月日	年 月 日	許可番号	千葉県指令第 号
追加する麻薬小売業者	麻薬業務所	所在地	
		名 称	
	住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)		
	氏名 (法人にあっては名称)		
<input type="checkbox"/> 代表者及び追加する麻薬小売業者のみが届出を行う場合であり、当該許可を受けた他の麻薬小売業者全員の同意を得ている。			
<p>上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可を受けた麻薬小売業者に他の麻薬小売業者を加える必要があるため届け出ます。共同して申請する他の麻薬小売業者がその在庫量の不足のため麻薬処方せんにより調剤することができない場合において、当該不足分を補足する必要があると認めるとき又は麻薬卸売業者から譲り受けた麻薬であって、その譲受けの日から 90 日を経過したものを保管しているとき、若しくは麻薬卸売業者から譲り受けた麻薬について、その一部を法第 24 条第 11 項若しくは第 12 項の規定に基づき譲り渡した場合において、その残部であって、その譲渡の日から 90 日を経過したものを保管しているときに限り、麻薬を譲り渡したいので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>① 麻薬業務所名称 _____</p> <p>住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地) _____</p> <p>氏名 (法人にあっては、名称) _____</p> <p>② 麻薬業務所名称 _____</p> <p>住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地) _____</p> <p>氏名 (法人にあっては、名称) _____</p> <p>③ 麻薬業務所名称 _____</p> <p>住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地) _____</p> <p>氏名 (法人にあっては、名称) _____</p> <p>千葉県知事 様</p>			
備 考	問合せ先：		

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 届出者欄に、麻薬小売業者間譲渡許可を受けた者のすべてを記載することができないときは、別紙 (別記様式 9-2) に記載すること。
- 3 追加する麻薬小売業者については、追加する麻薬小売業者の欄に記載した上で、届出者欄についても必要事項を記載すること。
- 4 代表者及び追加する麻薬小売業者のみが届出を行う場合は、当該届出の内容について、当該許可を受けた他の麻薬小売業者全員の同意を得た上で、必要事項を記載すること。また、同意を得ている場合は、同意欄にチェックを入れること。

麻薬業務所名称	_____
住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	_____
氏名 (法人にあつては、名称)	_____
麻薬業務所名称	_____
住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	_____
氏名 (法人にあつては、名称)	_____
麻薬業務所名称	_____
住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	_____
氏名 (法人にあつては、名称)	_____
麻薬業務所名称	_____
住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	_____
氏名 (法人にあつては、名称)	_____
麻薬業務所名称	_____
住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	_____
氏名 (法人にあつては、名称)	_____

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 とすること。
- 2 余白には、斜線を引くこと。

麻薬小売業者間譲渡許可申請者追加届

許可年月日	令和〇年〇月〇日	許可番号	千葉県指令第〇〇〇号
追加する麻薬小売業者	麻薬小売業者譲渡許可の許可番号 (「千葉県指令」で始まる番号)を記載してください。		千葉県〇〇市〇〇町〇-〇
	住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)		千葉県〇〇市〇〇町〇-〇
	氏名(法人にあつては名称)		株式会社〇〇ファーマシー 代表取締役〇〇〇〇
<input checked="" type="checkbox"/> 代表者及び追加する麻薬小売業者のみが届出を行う場合であり、当該許可を受けた他の麻薬小売業者全員の同意を得ている。			
上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可を受けた麻薬小売業者に他の麻薬小売業者を加える必要があせん。又は、若し90日令			
代表者が他の麻薬小売業者全員の同意を得た上で、代表者のみが届出を行う場合は、同意欄にチェックを入れてください。		麻薬小売間譲渡許可の代表者	
① 麻薬業務所名称		株式会社〇〇薬局 1号店	
住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)		千葉県〇〇市〇〇町〇-〇	
氏名(法人にあつては、名称)		株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇〇〇	
② 麻薬業務所名称		株式会社〇〇ファーマシー 本千葉店	
届出者欄には、全ての麻薬小売業者及び追加する麻薬小売業者を記載してください。ただし、代表者が他の麻薬小売業者全員の同意を得た上で届出を行う場合、届出者欄には、「代表者」及び「追加する麻薬小売業者」のみを記載してください。		千葉県〇〇市〇〇町〇-〇	
		株式会社〇〇ファーマシー代表取締役〇〇〇〇	
		追加する麻薬小売業者	
千葉県知事 様			
備考	問合せ先: 株式会社〇〇薬局 1号店 Tel XXX-XXX-XXXX		

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とする。
- 2 届出者欄(別記様式) **届出に関する問い合わせ先を記載してください。** (を記載することができないときは、別紙)
- 3 追加する麻薬小売業者については、追加する麻薬小売業者の欄を記載した上で、届出者欄についても必要事項を記載すること。
- 4 代表者及び追加する麻薬小売業者のみが届出を行う場合は、当該届出の内容について、当該許可を受けた他の麻薬小売業者全員の同意を得た上で、必要事項を記載すること。また、同意を得ている場合は、同意欄にチェックを入れること。

麻薬小売業者間譲渡許可書再交付申請書

許可番号	千葉県指令第 号	許可年月日	年 月 日
麻 薬 業 務 所	所在地		
	名称		
再 交 付 の 事 由 及 び そ の 年 月 日			
<p>上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可書の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）</p> <p>氏名（法人にあつては、名称）</p> <p>千葉県知事 様</p>			

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 麻薬小売業者間譲渡許可書を毀損した場合には、当該許可書を添付すること。

麻薬小売業者間譲渡許可書再交付申請書

許可番号	千葉県指令第〇〇〇号	許可年月日	令和〇年〇月〇日
麻 薬 業 務 所	所在地	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;"> 麻薬小売業者譲渡許可の許可番号 (「千葉県指令」で始まる番号)を記載 してください。 </div>	
	名 称		
再 交 付 の 事 由 及 び そ の 年 月 日		紛失のため 令和4年4月1日	
<p>上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可書の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和〇年〇月〇日</p> <p>住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）</p> <p style="text-align: center;">〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県〇〇市〇〇町〇-〇</p> <p>氏名（法人にあつては、名称）</p> <p style="text-align: center;">株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇〇〇</p> <p>千葉県知事 様</p>			

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 麻薬小売業者間譲渡許可書を毀損した場合には、当該許可書を添付すること。

麻薬小売業者間譲渡許可書返納届

許可番号	千葉県指令第 号	許可年月日	年 月 日
返納の事由			
<p>上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可書を返納します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>① 麻薬業務所名称 _____</p> <p>住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) _____</p> <p>氏名 (法人にあつては、名称) _____</p> <p>② 麻薬業務所名称 _____</p> <p>住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) _____</p> <p>氏名 (法人にあつては、名称) _____</p> <p>③ 麻薬業務所名称 _____</p> <p>住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) _____</p> <p>氏名 (法人にあつては、名称) _____</p> <p>千葉県知事 様</p>			
備考	問合せ先：		

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 届出者欄にそのすべてを記載することができないときは、別紙 (別記様式 11-2) に記載すること。

麻薬業務所名称	_____
住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	_____
氏名 (法人にあつては、名称)	_____
麻薬業務所名称	_____
住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	_____
氏名 (法人にあつては、名称)	_____
麻薬業務所名称	_____
住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	_____
氏名 (法人にあつては、名称)	_____
麻薬業務所名称	_____
住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	_____
氏名 (法人にあつては、名称)	_____
麻薬業務所名称	_____
住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	_____
氏名 (法人にあつては、名称)	_____

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 とすること。
- 2 余白には、斜線を引くこと。

麻薬小売業者譲渡許可の許可番号(「千葉県指令」で始まる番号)を記載してください。

小売業者間譲渡許可書返納届

許可番号	千葉県指令第〇〇〇号	許可年月日	令和〇年〇月〇日
返納の事由	全ての麻薬小売業者が、他の麻薬小売業者に麻薬を譲渡しないことになったため。		
上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可書を返納します。 令和〇年〇月〇日			
① 麻薬業務所名称	株式会社〇〇薬局 1号店		
住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)	千葉県〇〇市〇〇町〇〇〇		
氏名(法人にあつては、名称)	株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇〇〇		
② 麻薬業務所名称	株式会社〇〇薬局 2号店		
住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)	千葉県〇〇市〇〇町△△△		
氏名(法人にあつては、名称)	株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇〇〇		
③ 麻薬業務所名称	株式会社〇〇薬局 3号店		
住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)	千葉県〇〇市〇〇町□□□		
氏名(法人にあつては、名称)	株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇〇〇		
千葉県知事 様			
備考	問合せ先：株式会社〇〇薬局 1号店 TEL XXX-XXX-XXXX		

届出者欄には、全ての麻薬小売業者を記載してください。

(注意)

1 用 届出に関する問い合わせ先を記載してください。

2 届出者欄にそのすべてを記載することができないときは、別紙(別記様式11-2)に記載すること。

別記様式 1 1 - 2 (第 9 条の 2 関係) 記載例

麻薬業務所名称	株式会社〇〇薬局 4号店
住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	千葉県〇〇市〇〇町◇◇◇
氏名 (法人にあつては、名称)	株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇〇〇
麻薬業務所名称	
住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	
氏名 (法人にあつては、名称)	
麻薬業務所名称	
住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	
氏名 (法人にあつては、名称)	
麻薬業務所名称	
住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	
氏名 (法人にあつては、名称)	
麻薬業務所名称	
住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	
氏名 (法人にあつては、名称)	

余白に斜線を引いてください。

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 余白には、斜線を引くこと。

麻薬譲受確認書 (麻薬小売業者間譲渡)					
年 月 日					
麻薬を譲渡する麻薬小売業者の 麻薬業務所	所在地				
	名 称				
麻薬を譲受する麻薬小売業者の 麻薬業務所	所在地		印		
	名 称				
品 名	容 量	個 数	数 量	製品番号	備 考
					<input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲受 (不足分の補足) <input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲受 (90日経過品)
					<input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲受 (不足分の補足) <input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲受 (90日経過品)
					<input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲受 (不足分の補足) <input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲受 (90日経過品)
					<input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲受 (不足分の補足) <input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲受 (90日経過品)

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 余白には、斜線を引くこと。
- 3 在庫の不足のために麻薬を譲り受ける場合、調剤することができなかった処方せんの写しを添付すること。
- 4 麻薬を譲受する麻薬小売業者の印については、麻薬専用印若しくは薬局開設者印とすること。
- 5 備考欄について、麻薬及び向精神薬取締法施行規則第9条の2第1項第1号のイ、ロどちらに該当する譲受であるかチェックを付けること。

麻薬譲受確認書 (麻薬小売業者間譲渡)					
令和〇年〇月〇日					
麻薬を譲渡する麻薬小売業者の 麻薬業務所	所在地	千葉県〇〇市〇〇町〇-〇			
	名 称	株式会社〇〇薬局 1号店			
麻薬を譲受する麻薬小売業者の 麻薬業務所	所在地	千葉県〇〇市〇〇町〇-〇			
	名 称	株式会社〇〇ファーマシー 本店 印			
品 名	容 量	個 数	数 量	製 品 番 号	備 考
MS コンチン錠 10mg	PTP 100T	1	5T	××××××	<input checked="" type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲受 (不足分の補足) <input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲受 (90日経過品)
アンペック坐剤 10mg	50 個	1	50 個	××××××	<input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲受 (不足分の補足) <input checked="" type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲受 (90日経過品)
					<input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲受 (不足分の補足) <input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲受 (90日経過品)
					<input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲受 (不足分の補足) <input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲受 (90日経過品)
					<input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲受 (不足分の補足) <input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲受 (90日経過品)

余白に斜線を引いてください。

麻薬及び向精神薬取締法施行規則第9条の2第1項第1号のイ、ロどちらに該当する譲受であるかチェックを付けてください。

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 余白には、斜線を引くこと。
- 3 在庫の不足のために麻薬を譲り受ける場合、調剤することができなかった処方せんの写しを添付すること。
- 4 麻薬を譲受する麻薬小売業者の印については、麻薬専用印若しくは薬局開設者印とすること。
- 5 備考欄について、麻薬及び向精神薬取締法施行規則第9条の2第1項第1号のイ、ロどちらに該当する譲受であるかチェックを付けること。

麻薬譲渡確認書 (麻薬小売業者間譲渡)					
年 月 日					
麻薬を譲渡する麻薬小売業者の 麻薬業務所	所在地				
	名 称	印			
麻薬を譲受する麻薬小売業者の 麻薬業務所	所在地				
	名 称				
品 名	容 量	筒 数	数 量	製品番号	備 考
					<input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲渡 (不足分の補足) <input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲渡 (90日経過品)
					<input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲渡 (不足分の補足) <input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲渡 (90日経過品)
					<input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲渡 (不足分の補足) <input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲渡 (90日経過品)
					<input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲渡 (不足分の補足) <input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲渡 (90日経過品)

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 余白には、斜線を引くこと。
- 3 麻薬を譲渡する麻薬小売業者の印については、麻薬専用印若しくは薬局開設者印とすること。
- 4 備考欄について、麻薬及び向精神薬取締法施行規則第9条の2第1項第1号のイ、ロどちらに該当する譲渡であるかチェックを付けること。

麻薬譲渡確認書 (麻薬小売業者間譲渡)					
令和〇年〇月〇日					
麻薬を譲渡する麻薬小売業者の 麻薬業務所	所在地	千葉県〇〇市〇〇町〇-〇			
	名 称	株式会社〇〇薬局 1号店 印			
麻薬を譲受する麻薬小売業者の 麻薬業務所	所在地	千葉県□□市□□町□-□			
	名 称	株式会社□□ファーマシー 本店			
品 名	容 量	筒 数	数 量	製品番号	備 考
MS コンチン錠 10mg	PTP 100T	1	5T	××××××	<input checked="" type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲渡 (不足分の補足) <input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲渡 (90日経過品)
アンペック坐剤 10mg	50 個	1	50 個	××××××	<input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲渡 (不足分の補足) <input checked="" type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲渡 (90日経過品)
					<input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲渡 (不足分の補足) <input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲渡 (90日経過品)
					<input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲渡 (不足分の補足) <input type="checkbox"/> 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲渡 (90日経過品)

余白に斜線を引いてください。

麻薬及び向精神薬取締法施行規則第9条の2第1項第1号のイ、ロどちらに該当する譲受であるかチェックを付けてください。

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 余白には、斜線を引くこと。
- 3 麻薬を譲渡する麻薬小売業者の印については、麻薬専用印若しくは薬局開設者印とすること。
- 4 備考欄について、麻薬及び向精神薬取締法施行規則第9条の2第1項第1号のイ、ロどちらに該当する譲渡であるかチェックを付けること。

麻 薬 廃 棄 届

免許証の番号	第 号	免許年月日 (有効期間の始期)	年 月 日
免許の種類		氏 名 (法人にあっては 法人の名称)	
麻薬業務所	所在地	〒	
	名 称	Tel	
廃棄しようとする麻薬	品 名	数 量	
廃棄の年月日	(県職員記載欄)		
廃棄の場所	(県職員記載欄)		
廃棄の方法	(県職員記載欄)		
廃棄の理由	<input type="checkbox"/> 陳旧化、期限切れにより使用見込がないため <input type="checkbox"/> 麻薬業務を廃止するため (廃止日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 ()		
<p>上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <hr/> <p style="text-align: center;">届出義務者続柄 本人 ・ 相続人等 (該当に○をつける)</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者名)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">千葉県知事 様</p>			

(注意事項) ※ 保健所等への持込みによる廃棄を行う場合は、来所時に麻薬帳簿を持参してください。

麻 薬 廃 棄 届

免許証の番号	第〇〇〇〇号	免許年月日 <small>(有効期間の始期)</small>	令和〇年〇月〇日
免許の種類	麻薬小売業者	氏名 <small>(法人にあっては 法人の名称)</small>	株式会社〇〇薬局
麻薬業務所	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県千葉市中央区市場町〇-〇	
	名称	株式会社〇〇薬局 千葉店 Tel 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	
廃棄しようとする麻薬	品 名	数 量	
	アヘンチンキ MS コンチン錠 10mg オキノーム散 10mg	10.0 mL 15 錠 5 包	
廃棄の年月日	(県職員記載欄)		
廃棄の場所	(県職員記載欄)		
廃棄の方法	(県職員記載欄)		
廃棄の理由	<div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; display: inline-block; color: blue; font-weight: bold;">廃棄の理由を記載してください。</div> <input type="checkbox"/> 陳旧化、期限切れにより使用見込がなくなったため <input checked="" type="checkbox"/> 麻薬業務を廃止するため (廃止日: 令和 ▲年 ▲月 ▲日) <input type="checkbox"/> その他 ()		
<p>上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">令和〇年〇月〇日</p> <p style="text-align: center;">住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)</p> <p style="text-align: center;">〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県千葉市中央区亥鼻〇-〇</p> <hr/> <p style="text-align: center;">届出義務者続柄 <input type="checkbox"/> 本人 ・ 相続人等 (該当に〇をつける)</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者名)</p> <p style="text-align: center;">株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇 〇〇</p> <hr/> <p>千葉県知事 様</p>			

(注意事項) ※ 保健所等への持込みによる廃棄を行う場合は、来所時に麻薬帳簿を持参してください。

別記様式14（第12条関係）

麻 薬 譲 受 証				
年 月 日				
譲受人の免許証の番号	第 号	譲受人の免許の種類		
譲受人の氏名（法人にあつては、名称）	Ⓜ			
譲受人が麻薬診療施設の開設者又は麻薬研究施設の設置者の場合は当該施設において麻薬を管理する麻薬管理者、麻薬施用者、麻薬研究者	免許証の番号	第 号	氏 名	Ⓜ
麻薬業務所	所 在 地			
	名 称			
品 名	容 量	筒 数	数 量	備 考

- (注意) 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
 2 余白には、斜線を引くこと。

別記様式15（第12条関係）

麻 薬 譲 渡 証				
				年 月 日
譲渡人の免許証の番号	第 号	譲渡人の免許の種類		
譲渡人の氏名（法人にあつては、名称）		Ⓔ		
麻薬業務所	所 在 地			
	名 称			
品 名	容 量	筒 数	数 量	備 考

(注意) 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
 2 余白には、斜線を引くこと。

麻 薬 事 故 届

免許証の番号	第 号	免許年月日 (有効期間の始期)	年 月 日
免許の種類		氏 名 (法人にあっては 法人の名称)	
麻薬業務所	所在地	〒	
	名 称	Tel	
事故が生じた麻薬	品 名	数 量	
事故発生の状況			
事故発生年月日、 場所、事故の種類			
上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。 年 月 日 住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地) 〒 氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者名) _____ _____			
千葉県知事 様			

麻 薬 事 故 届

免許証の番号	第〇〇〇〇号	免許年月日 (有効期間の始期)	令和〇年〇月〇日
免許の種類	麻薬管理者	氏名 (法人にあっては 法人の名称)	□□ □□
麻薬業務所	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県千葉市中央区市場町〇-〇	
	名称	医療法人〇〇会 〇〇病院 Tel 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	
事故が生じた麻薬	品 名	数 量	
	アヘンチンキ	1.5 mL	
事故発生の状況	<p style="text-align: center;">令和〇年〇月〇日午後 2 時 30 分頃、医師〇〇〇〇の処方に基づき、患者〇〇〇〇の薬剤を調剤していたところ、薬剤師〇〇〇〇が誤って容器を転倒させ、アヘンチンキ 1.5mL を床にこぼしてしまった。</p> <p style="text-align: center;">流出したアヘンチンキはペーパータオルで拭き取った後、麻薬管理者□□□□立合いのもと、適切に廃棄した。</p>		
事故発生年月日、 場所、事故の種類	<p>事故発生年月日：令和〇年〇月〇日</p> <p>事故発生場所：医療法人〇〇会 〇〇病院 調剤室</p> <p>事故の種類：滅失（流出）</p>		
<p>上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">令和〇年〇月〇日</p> <p style="text-align: center;">住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)</p> <p style="text-align: center;">〒〇〇〇-〇〇〇〇</p> <p style="text-align: center;">千葉県千葉市中央区長洲〇-〇</p> <hr/> <p style="text-align: center;">氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者名)</p> <p style="text-align: center;">□□ □□</p> <hr/> <p>千葉県知事 様</p>			

調剤済麻薬廃棄届

免許証の番号	第 号	免許年月日 (有効期間の始期)	年 月 日
免許の種類		氏 名 (法人にあつては 法人の名称)	
麻薬業務所	所在地	〒	
	名 称	Tel	
廃棄した麻薬	品 名	数 量	廃棄年月日
			患者の氏名
廃棄の方法			
廃棄の理由			
上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。 年 月 日 住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 〒 氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者名) 千葉県知事 様			

調剤済麻薬廃棄届

免許証の番号	第〇〇〇〇号	免許年月日 (有効期間の始期)	令和〇年〇月〇日	
免許の種類	麻薬管理者	氏名 (法人にあつては 法人の名称)	□□ □□	
麻薬業務所	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県千葉市中央区市場町〇-〇		
	名称	医療法人〇〇会 〇〇病院 Tel 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
廃棄した麻薬	品名	数量	廃棄年月日	患者の氏名
	1. MS コンチン錠 10mg	16 錠	R4. 〇. 〇〇	〇〇 〇〇
	2. フェントステープ 4mg	7 枚	R4. 〇. 〇〇	〇〇 〇〇
	3. キノム散 2.5mg	2 包	R4. 〇. 〇〇	△△ △△
	4. キシコンチン TR 錠 5mg	3 錠	R4. 〇. 〇〇	□□ □□
廃棄の方法	1. 粉碎後、水とともに下水に放流 2. 粘着面を内側に二つ折りにした後、ハサミで細断して廃棄 3. 水とともに下水に放流 4. ガムテープに錠剤を包み、錠剤が見えないようにして廃棄			
廃棄の理由	1. 2. 3. 4 患者死亡のため			
上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。 令和〇年〇月〇日 住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県千葉市中央区長洲〇-〇 氏名 (法人にあつては、名称及び代表者名) □□ □□ 千葉県知事 様				

免許の失効時所有麻薬届

品 名※	数 量	品 名	数 量
免許失効の事由 及び 年 月 日	(免許失効の理由)		
	年 月 日		
上記のとおり、麻薬及び向精神薬取締法第36条の規定により届け出ます。			
	年 月 日		
麻薬業務所 所在地	〒		
麻薬業務所 名称			
住所 (法人にあっては、 主たる事務所の所在地)	〒		
氏名 (法人にあっては、 名称及び代表者名)			
千葉県知事 様			

(注意事項)

※ 所有している麻薬がない場合は、「在庫なし」と記載してください。

免許の失効時所有麻薬届

品 名*	数 量	品 名	数 量
MS コチン錠 10mg	50 錠		
オキノム散 5mg	20 包		
フェンタニル注射液 0.1mg	20A		
アヘンチンキ	25mL		

麻薬の在庫がない場合は、「在庫なし」と記載してください。

(注意)
 免許失効時に麻薬の在庫がある場合、以下の手続きが必要です。

在庫麻薬を廃棄する場合 「麻薬廃棄届(別記様式 13)」
 在庫麻薬を譲渡する場合 「免許失効による麻薬譲渡届(別記様式 19)」

免許失効の事由 及び年月日	(免許失効の理由) 医療法人化のため
	令和〇年〇月〇日

上記のとおり、麻薬及び向精神薬取締法第36条の規定により届け出ます。
 令和〇年〇月〇日

麻薬業務所 所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県千葉市中央区市場町〇	麻薬免許証に記載された麻薬業務所の所在地及び名称を記載
麻薬業務所 名称	県庁診療所	
住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県千葉市中央区亥鼻〇	麻薬免許証に記載された開設者の住所及び氏名(名称)を記載 ※開設者が個人の場合は、個人の住所、氏名を記載
氏名 (法人にあっては、名称及び代表者名)	千葉 太郎	

千葉県知事 様

(注意事項)

※ 所有している麻薬がない場合は、「在庫なし」と記載してください。

免許失効による麻薬譲渡届

免許証の番号	第 号	免許年月日 (有効期間の始期)	年 月 日	
免許の種類		免許失効年月日	年 月 日	
麻薬業務所	所在地	〒		
	名 称	Tel		
免許証に記載された氏名		開設者氏名 又は名称		
譲渡した麻薬	品 名	数 量	品 名	
	数 量	品 名	数 量	
	品 名	数 量	品 名	数 量
	品 名	数 量	品 名	数 量
	品 名	数 量	品 名	数 量
譲受者	免許証の番号	第 号	免許年月日	
	免許の種類			
	麻薬業務所	所在地	〒	
		名 称	Tel	
	免許証に記載された氏名		開設者氏名 又は名称 及び住所	
譲渡年月日				
譲渡の理由				
<p>麻薬及び向精神薬取締法第36条第3項の規定により上記のとおり麻薬を譲渡したので届け出ます。</p> <p style="margin-left: 40px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 40px;">住所（法人にあっては、〒</p> <p style="margin-left: 40px;">主たる事務所の所在地） _____</p> <p style="margin-left: 40px;">氏名（法人にあっては、</p> <p style="margin-left: 40px;">名称及び代表者名） _____</p> <p>千葉県知事 様</p>				

免許失効による麻薬譲渡届

<p>麻薬を譲渡する側の麻薬取扱者免許証の内容を記載してください。 ※「免許年月日」は、有効期間の始期を記載</p>	第〇〇〇〇〇号 麻薬管理者	免許年月日 (有効期間の始期)	令和2年1月1日			
	〇〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県千葉市中央区市場町〇-〇 県庁診療所	免許失効年月日	令和4年3月31日	電話 〇〇〇(〇〇〇) 〇〇〇〇		
免許証に記載された氏名	千葉 太郎	開設者氏名 又は名称	千葉 太郎			
譲渡した麻薬	品名	数量	品名	数量	品名	数量
	MS コンチン錠 10mg	50 錠				
	オキノム散 5mg	20 包				
	フェンタニル注射液 0.1mg	20A				
	アヘンチンキ	25mL				
<p>麻薬を譲り受ける側の麻薬取扱者免許証の内容を記載してください。 ※「免許年月日」は、有効期間の始期を記載</p>	医第 XXXXX 号	免許年月日	令和4年4月1日			
	麻薬管理者					
者	〇〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県千葉市中央区市場町〇-〇 医療法人社団△△会 県庁診療所	Tel 〇〇〇(〇〇〇) 〇〇〇〇				
	免許証に記載された氏名	千葉 太郎	開設者氏名 又は名称 及び住所	医療法人社団△△会 理事長 千葉太郎 千葉県千葉市中央区市場町〇-〇		
譲渡年月日	令和4年4月1日					
譲渡の理由	医療法人化のため					
麻薬及び向精神薬取締法第36条第3項の規定によ 出ます。 令和4年4月1日 住所(法人にあっては、 主たる事務所の所在地) 氏名(法人にあっては、 名称及び代表者名)		<p>麻薬を譲渡する側の開設者住所及び氏名(名称)を記載してください。 ※開設者が個人の場合は、個人の住所、氏名を記載してください。</p> 〇〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県千葉市中央区亥鼻〇-〇 千葉 太郎				
千葉県知事 様						

別記様式20

品 名						単位	
年	月	日	受 入	払 出	残 量	備 考	

別記様式2 1

令和 年麻薬年間届		届 出 年 月 日 _____				
千葉県知事 様		麻薬業務所の所在地 _____				
		名 称 _____				
		麻薬業務の種類 _____				
		麻薬免許番号 _____ 号				
		氏 名 _____				

品 名	単 位	期 始 在 庫 (令和 年10月1日)	受 入	払 出	期 末 在 庫 (令和 年9月30日)	備 考
		総数量	総数量	総数量	総数量	