

麻薬管理者免許（令和 8 年～令和 10 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管理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 麻薬管理者免許更新申請 ※麻薬施用者免許の更新が必要な方には別途通知します。

- | | |
|----------|---|
| (1) 対象者 | 令和7年12月31日で免許の有効期間が満了し、令和8年1月1日以降も引き続き麻薬を取り扱う者 |
| (2) 提出書類 | 次の3点です。詳細は別紙の申請要領 及び記載例を参照してください。 ＜1＞申請書（同封した様式を使用のこと） ＜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） ※旧免許証は同封しないこと |
| (3) 提出期間 | 令和7年10月1日（水）～令和7年10月31日（金）消印有効 |

2 申請にあたっての注意点

- | |
|--|
| <p>○本通知は本年8月初旬時点の麻薬業務所へ郵送しております。8月初旬以降の届出等による変更事由は反映されておりませんので、御注意ください。</p> <p>○本通知は<u>管理者免許</u>の更新が対象です。施用者免許の更新については別途通知しています。</p> <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>○旧免許証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8年1月以降に返納届を添付して返納してください。返納手続の案内は新免許証送付時に同封します。更新手続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（13階より移転しましたので御注意ください） 千葉県健康福祉部薬務課麻薬指導班（電話：043-223-2620） ※医師会は経由しません |
|--|

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、上記更新手続は不要であり、提出書類もございません。免許返納の手続については2に記載のとおり、別途案内します。但し、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)

麻薬管理者免許申請要領（更新時）

1 申請書作成上の注意点

| 項目 | | チェックリスト（確認したら☑） |
|-----|-------------------|---|
| 申請書 | ①千葉県収入証紙 | <input type="checkbox"/> <u>千葉県収入証紙4, 600円分を所定欄に重ならないように貼付してください。郵便局で販売している収入印紙ではありません。</u> 保健所（健康福祉センター）、市町村役場等で販売しています。 ※額面が少額で枚数が多い場合は、余白 又は 任意の用紙に貼付の上、申請書の証紙貼付欄に「別紙添付」等と必ず明記してください。 |
| | ②麻薬免許番号 | <input type="checkbox"/> <u>現在取得している麻薬免許番号</u> が記載されているか確認してください。 |
| | ③麻薬業務所 | <input type="checkbox"/> 記載内容に誤りがないか確認してください。 ※記載事項を変更する場合は「2 その他の留意点(2)」を参照ください。 ※訂正は二重線をお願いします。訂正印は不要です。 |
| | ④医師免許等の登録番号・登録年月日 | <input type="checkbox"/> 医師免許証、歯科医師免許証、獣医師免許証、及び薬剤師免許証に記載された免許登録番号と登録年月日を記載してください。 |
| | ⑤欠格条項 | <input type="checkbox"/> 欠格条項の対象期間を確認の上、該当しないときは、「なし」を○で囲んでください。該当するときは、薬務課まで問い合わせてください。 |
| | ⑥備考 | <input type="checkbox"/> 職種の記載に誤りがないか確認してください。 |
| | ⑦申請者 | <input type="checkbox"/> <u>申請者本人の住所 及び 氏名が記載されているか確認してください。業務所の所在地、院長名、理事長名では申請できません。</u> <input type="checkbox"/> 申請者氏名の漢字（旧字等）も住民票と同じ表記で記載してください。 <input type="checkbox"/> 押印は不要ですが、押印いただいても申請は有効です。 ※記載事項を変更する場合は「2 その他の留意点(2)」を参照ください。 ※訂正は二重線をお願いします。訂正印は不要です。 |
| 診断書 | | <input type="checkbox"/> 原則として <u>1ヶ月以内に発行したもの</u> が有効です。診断日を確認して下さい。 <input type="checkbox"/> 診断内容に漏れや誤りがないか確認してください。 <u>診断書の加筆、修正等は診断書を作成した医師以外はできません。</u> <input type="checkbox"/> 診断書の氏名の漢字が申請者氏名の漢字（旧字等）と一致しているか確認してください。 <input type="checkbox"/> 押印は不要ですが、押印いただいても申請は有効です。 <input type="checkbox"/> 診断する医師は申請者本人以外であれば、同じ診療施設（医科）の医師でも差支えありません。 <input type="checkbox"/> 同一人が施用者免許と管理者免許の更新申請書を同時に提出する場合に限り、一方に診断書の原本が添付してあれば、他方はコピーでも差し支えありません。コピー添付の申請書の余白に「診断書原本は〇〇の申請書に添付」等と明記してください。 |

2 その他留意点

(1) 更新申請書の提出と同時に別の医師の新規申請書を併せて提出する場合

申請書の免許番号記載欄などに「新規」と記載するか、付箋等で「新規」と分かるようにしてください。なお、新規申請の場合で、翌年1月1日以降から麻薬を取り扱うことを予定している場合には、「免許希望日」の欄に当該日付を記載してください。

(2) 更新申請時に記載事項を変更する場合

※記載事項変更届を添付してください。届の様式は下記 URL から取得できます。

<https://www.pref.chiba.lg.jp/yakumu/tetsuzuki/330/13100-192.html>

なお、今回更新対象となる免許については、令和7年10月1日～12月31日までは原則として免許証記載事項変更の際、免許証の書換え交付は行いません。変更届を提出する場合は免許証を添付せず、変更届出書の余白部分に「更新申請中」と記載してください。その他の免許については、通常通り手続きを行います。

| | | |
|--------------------------|--|----------|
| ② 免許番号 ※更新申請時のみ記載すること | | 第 〇〇〇〇 号 |
|--------------------------|--|----------|

| | | | |
|------------------------|-------------------|------------------|------------------|
| 2000 円 ① 千葉県収入証紙 | 2000 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。

麻薬管理者免許申請書

| | | | | | | |
|--|-----|---|------------------------------------|----------|--|--|
| 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 | | | |
| 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) | 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 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) | | | |
| | (5) | | なし ・ あり (該当を○で囲むこと) | | | |
| | | 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～) 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 | | | | |
| 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) | | |
| | (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・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)

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 | | | |