

## 麻薬小売業者免許（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小売業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します。

### 記

#### 1 麻薬小売業者免許更新申請

- |                 |  |
|-----------------|--|
| (1) <u>対象者</u>  | 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) <u>提出書類</u> | 次の6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。<br>＜1＞申請書（同封した様式を使用のこと）<br>＜2＞診断書（必要な項目が記載されていること）<br>＜3＞千葉県収入証紙 4,600円分（所定欄に必ず貼付のこと）<br>＜4＞組織図<br>＜5＞薬局の平面図<br>＜6＞麻薬保管庫の立体図<br><u>※旧免許証は同封しないこと</u> |
| (3) <u>提出期間</u> | <u>令和7年10月1日（水）～令和7年10月31日（金）消印有効</u>  |

#### 2 申請にあたっての注意点

- |   |
|---|
| ○本通知は本年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。  |
| ○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。                     |
| ○ <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7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。 |
| ○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。                               |

#### 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。

免許を更新しない場合は、更新手続に係る提出書類はございませんが、別途提出していただく書類がありますので、裏面を御確認ください。

【参考】更新しない場合の手続きの例

麻薬業務所でなくなるため、下記の届を提出してください。

↓ 麻薬の在庫がない

- 麻薬免許証返納届
- 麻薬免許証(原本)
- 免許の失効時所有麻薬届

↓ 麻薬の在庫がある

- 麻薬免許証返納届
- 麻薬免許証(原本)
- 免許の失効時所有麻薬届
- ▲免許失効による麻薬譲渡届
- ▲麻薬廃棄届

届の様式等、詳細はホームページに記載しています。ご確認ください。

- 麻薬免許証返納届 <https://www.pref.chiba.lg.jp/yakumu/tetsuzuki/330/13100-193.html>

免許証を添付して令和8年1月5日～14日に薬務課へ提出してください。

- 免許の失効時所有麻薬届 <https://www.pref.chiba.lg.jp/yakumu/tetsuzuki/330/13100-194.html>

免許失効時の麻薬の在庫を記載し、令和8年1月5日～14日に薬務課へ提出してください。

在庫がない場合も、「在庫なし」と記載して提出してください。

【麻薬の在庫がある場合は、以下の届も提出してください】

免許の失効時所有麻薬届に記載した麻薬のうち、譲渡するものは「免許失効による麻薬譲渡届」、廃棄するものは「麻薬廃棄届」を提出してください。

- ▲免許失効による麻薬譲渡届 <https://www.pref.chiba.lg.jp/yakumu/tetsuzuki/330/13100-196.html>

麻薬の譲渡は免許失効日から50日以内に行ってください。免許失効前に譲渡することはできません。

なお、麻薬を譲渡した日から15日以内に薬務課に届を提出してください。

- ▲麻薬廃棄届 <https://www.pref.chiba.lg.jp/yakumu/tetsuzuki/330/13100-191.html>

麻薬の廃棄は免許失効日から50日以内に行わなくてはなりません。廃棄は県職員の立ち合いが必要なため、早めに薬務課へ届を提出してください。

麻薬の廃棄は免許失効前もできます。免許失効前に廃棄して在庫をなくしておくこともできますので、御検討ください。

※その他、問い合わせが多い事項については、AIチャットボット「医療用麻薬の取り扱いについて」にまとめておりますので、右記QRコードより適宜御利用ください。



## 麻薬小売業者免許申請要領（更新時）

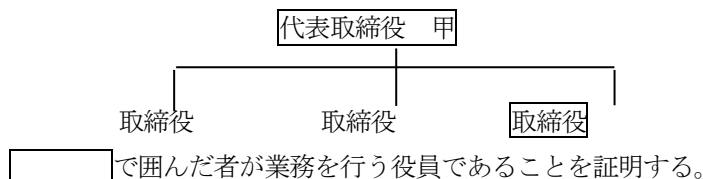
### 1 申請書作成上の注意点

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</u> を所定欄に <u>重ならないように</u> 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。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。 ※訂正は二重線をお願いします。訂正印は不要です。 ※記載事項を変更する場合は、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。 <a href="https://www.pref.chiba.lg.jp/yakumu/tetsuzuki/330/13100-192.html">https://www.pref.chiba.lg.jp/yakumu/tetsuzuki/330/13100-192.html</a>
	④薬局開設許可番号・開設許可年月日	<input type="checkbox"/> 薬局開設許可番号 及び 開設許可年月日を記載してください。
	⑤欠格条項	<input type="checkbox"/> 薬局開設者が個人の場合は当該個人について、法人の場合はその役員について、欠格条項の対象期間を確認の上、記載してください。
	⑥備考	<input type="checkbox"/> 複数店舗同時申請で診断書のコピーを添付した申請書は、備考欄に「診断書原本は〇〇店の申請書に添付」等と記載してください。
	⑦申請者	<input type="checkbox"/> 申請者は薬局の開設者です。開設者が法人の場合は、例えば、「株式会社〇〇〇〇代表取締役〇〇〇〇」等となります。 <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。 ※訂正、変更がある場合は③麻薬業務所と同様をお願いします。
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"/> 法人開設の場合は、定款に記載された「代表者」と「麻薬に関する業務を行う役員」に該当する全ての者の診断書を添付してください。（代表取締役等は当然に業務を行う役員に含まれます。） <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"/> 複数店舗の免許を同時申請する場合には、いずれかに原本が添付してあれば、その他はコピーでも差し支えありません。但し、どの店舗の申請書に原本が添付されているのかを申請書備考欄 又は 診断書コピーに記載してください。

### 2 添付書類

- ・ 組織図・・・法人の場合のみ添付する。「代表者」と「麻薬に関する業務を行う役員」を明示する。役員が一人のみの場合でも添付すること。代表者印の押印は不要。
- ・ 薬局の平面図・・・薬局（調剤室）の平面図を添付し、麻薬保管庫の場所を図示する。
- ・ 麻薬保管庫の立体図・・・写真でも可。 重量金庫・固定金庫の別、鍵の位置を記載する。

（組織図の記載例）株式会社A（取締役4人）で、業務を行う役員が2名の場合。



令和〇〇年〇〇月〇〇日

株式会社 A

代表取締役 甲

② 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 ①	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

③ 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	
④ 薬局の開設許可番号	〇保第〇〇号	開設許可年月日	令和〇年〇月〇日
⑤ 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 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第 2 条第 6 号	なし ・ あり (該当を○で囲むこと)	
		なし ・ あり (該当を○で囲むこと)	
⑥	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。		
⑦ 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 (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〇〇町〇 - 〇			
氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者名) 株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇〇〇			
千葉県知事 様			

(注意事項)

- 「代表取締役・代表理事等」と、組織図で指定した「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
--------------------------	-----

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
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 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				
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)
- 1 「代表取締役・代表理事等」と、組織図で指定した「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。

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					
<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)					
<div></div> <div></div>					
2 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒					
<input type="checkbox"/> なし					
<input type="checkbox"/> 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			