

各関係団体代表者 様

神奈川県健康医療局生活衛生部薬務課長  
(公印省略)

令和6年末で有効期間が満了となる麻薬施用者及び麻薬管理者の免許の継続申請及び麻薬年間届の提出について (依頼)

本県の薬務行政の推進につきましては、日頃から格別の御協力をいただき厚くお礼申し上げます。  
令和6年12月31日で有効期間が満了する麻薬施用者及び麻薬管理者の免許は、引き続き麻薬を取り扱う場合、申請の手続きが必要となります(麻薬及び向精神薬取締法第3条)。

また、免許の有効期間に関わらず、すべての麻薬管理者(麻薬管理者がいない麻薬診療施設にあっては麻薬施用者)は、麻薬年間届を毎年11月30日までに提出する必要があります(同法第48条)。

つきましては、別紙1～別紙3の記載事項を御確認の上、必要な手続きを行っていただくよう、貴会会員に周知くださいますようお願いいたします。

有効期間が満了した免許証は、有効期間満了後15日以内に返納届の手続き(同法第8条)を、有効期間中に業務を廃止した場合は、廃止から15日以内に、免許証を添えて業務廃止届の手続きを行う必要があります(同法第7条)。

なお、有効期間満了に伴う申請手続きをせずに又は業務廃止時に麻薬の所有がある場合、譲渡又は廃棄を行わないまま50日を過ぎると、不法所持となりますので御注意ください。

また、麻薬及び向精神薬取締法の一部改正に伴い、今回の継続申請に用いる申請書の様式を変更しました。欠格条項(4)及び(5)が追加になっていますので、併せて、貴会会員に周知くださいますようお願いいたします。

問合せ先

献血・薬物対策グループ

横浜・横須賀地区担当 武越

川崎・藤沢地区担当 前野

相模原・茅ヶ崎地区担当 小柳

その他県域担当 伊東

電話(045)210-1111 内線 4964

# 1 麻薬施用者・管理者免許の継続申請について

## (1) 対象者

令和6年12月31日で免許の有効期間が満了する麻薬取扱者が対象です。

免許番号が「2」で始まる（例：2135999）免許証をお持ち方のみが今回の申請の対象です。

## (2) 申請に必要な書類

### ア 申請書（別記第1号様式）

申請書は免許の種別ごとに1部提出してください。なお、今回の継続申請に用いる申請書の様式を変更しましたので、新様式をご使用ください。申請用紙は県薬務課ホームページ「麻薬取扱者免許の継続申請手続きについて」からダウンロードできます。

神奈川県 麻薬免許 継続 

### イ 医師の診断書

申請者の「精神機能の障害」、「麻薬中毒又は覚醒剤の中毒」について医師が診断したもので、申請書提出時点で、診断日から起算して1ヶ月以内のものが有効です。

### ウ 医師、歯科医師、獣医師又は薬剤師（管理者のみ）の免許証

申請窓口で原本もしくは写しを提示してください。写しの場合、免許証に裏書きがあるときは裏面の写しも必要です。

## (3) 申請にあたっての注意事項

ア いずれの書類も消せるボールペンによる記入は無効です。

イ 原則として申請書記載の内容で免許証を作成しますので、申請書の誤記載などで新免許証に誤りがあった場合は、記載事項変更届を提出していただきます。

ウ 申請書下段の住所、郵便番号及び氏名は、申請者の現住所地、郵便番号及び氏名を記載します。誤って病院等の所在地及び名称を記載しないようご注意ください。

エ 継続申請時点で、現免許の内容と相違がある方は記載事項変更届を届け出る必要があります。なお、その場合は、記載事項変更届の欄外に「継続申請済み」と朱書きしてください。

オ 継続申請後に記載事項の変更予定がある方は、継続申請時に各申請窓口にご相談ください。

カ 行政区画の変更等の理由により住居表示が変更された場合は、記載事項変更届は不要ですが、申請書の欄外に「住居表示変更」と朱書きしてください。

キ 医師の診断書について、診断した医師の所属する病院又は診療所等の名称・所在地の記載漏れのないようご注意ください。

ク 引き続いて免許を取得しない場合は、業務廃止届等の提出が必要となります。  
県薬務課ホームページ「麻薬取扱者免許の継続申請手続きについて」内の「継続申請手続きを行わない方へ」（施用者・管理者）をご覧ください。

#### (4) 手数料・手数料納付方法

業務所在地	手数料納付方法	手数料
横浜市、川崎市、相模原市、横須賀市、藤沢市、茅ヶ崎市、寒川町	指定金融機関で納付書※により事前に納付し、「納付書・領収書」を申請窓口で提示	3,900 円
上記以外の県域	申請窓口で現金納付またはキャッシュレス決済	

※納付書は申請窓口で事前に入手してください。

#### (5) 申請窓口

県薬務課ホームページ「麻薬取扱者免許の継続申請手続きについて」内の「申請窓口一覧」をご確認ください。

#### (6) 提出期間

令和6年10月1日(火)～令和6年10月31日(木)

#### (7) 新免許証の交付

令和7年1月6日(月)以降に、申請窓口で返納届及び現免許証と引き換え

※令和7年1月6日(月)以前に、麻薬を施用等する場合は、申請窓口にご相談ください。

※提出期間後に申請した場合は、交付が遅れる場合があります。

(問合せ先)

神奈川県健康医療局生活衛生部薬務課  
献血・薬物対策グループ  
〒231-8588 横浜市中区日本大通1  
電話 045-210-1111 (代表)  
045-210-4964 (直通)

## 2 麻薬年間届について

### (1) 届出義務者

麻薬年間届は、麻薬管理者（麻薬管理者がいない麻薬診療施設の場合は、麻薬施用者）及び麻薬小売業者が届け出てください。

### (2) 届出内容

届出義務者は、その管理下にある業務所（病院、診療所、麻薬小売業者等）において、令和5年10月1日から令和6年9月30日までの間に所有し、譲り渡し（調剤、施用、使用し）、又は譲り受けた麻薬の品名、数量等について、令和6年9月30日現在で麻薬年間届を作成してください。

この期間において麻薬を所有せずかつ施用（使用）しなかった場合でも、表に斜線を引いて提出してください。

届出用紙は、県薬務課のホームページ「麻薬取扱者免許の手続き」内の「麻薬年間届について」からダウンロードできます。

神奈川県 麻薬免許 

### (3) 届出期日

令和6年10月1日～ 令和6年11月30日

### (4) 届出先及び部数

所管する保健所等（麻薬免許継続申請窓口と同じ）へ1部届け出てください。

### (5) 届出にあたっての注意事項

ア 年間届の記載にあたっては、帳簿と実在庫を必ず突合し、誤りや漏れがないように注意してください。

イ 様式裏面の記載上の注意や記載例を参照し記入してください。

(問合せ先)

神奈川県健康医療局生活衛生部薬務課

献血・薬物対策グループ

〒231-8588 横浜市中区日本大通1

電話 045-210-1111 (代表)

045-210-4972 (直通)

# 麻薬施用者・管理者免許の継続申請手続きを行わない方へ

麻薬取扱者免許の継続申請手続きを行わない場合には、以下の手続きが必要になります。

- ・ 免許の有効期間満了後に取扱いを中止する場合 → **免許返納届**
- ・ 免許の有効期間内に麻薬の取扱いを中止する場合 → **業務廃止届**

また、その他に所有している麻薬の有無の届出等、必要な手続きがあるのでご案内します。

## 1 麻薬施用者免許

### ① 麻薬施用者本人が行う手続き

必要書類	提出先麻薬	提出期限	備考
麻薬施用者免許証返納（廃止）届 ※麻薬施用者免許証添付	麻薬診療施設の所在地を管轄する保健所等の申請窓口	免許証の有効期間が満了してから（取扱いをやめた日から）15日以内	麻薬診療施設に他に施用者がいない場合は、麻薬所有届等の手続きが必要（※②麻薬診療施設の開設者の項目参照）

### ② 麻薬診療施設の開設者が行う手続き

麻薬診療施設（病院・診療所・動物病院等）に、①の手続きを行う麻薬施用者以外の麻薬施用者がいる場合は不要です。

麻薬の所有がある場合には、事由が発生した日から50日以内に、神奈川県内の他の麻薬診療施設の開設者等へ譲渡する（表※1参照）か、麻薬廃棄届（表※2参照）を提出の上、麻薬の廃棄をしなければなりません。**※50日を過ぎて麻薬を所持していた場合、不法所持となります**

必要書類	提出先	提出期限	備考
麻薬所有届	麻薬診療施設の所在地を管轄する保健所等の申請窓口	免許証の有効期間が満了してから（取扱いをやめた日から）15日以内	麻薬の所有がない場合も「所有なし」として届出が必要
※1 麻薬譲渡届	麻薬診療施設の所在地を管轄する保健所等の申請窓口	譲渡の日から15日以内 (譲渡可能期間: <u>事由が発生した日から50日以内</u> )	麻薬を譲渡した場合に届出が必要
※2 麻薬廃棄届	○麻薬診療施設の所在地が横浜市・川崎市・相模原市・横須賀市・藤沢市・茅ヶ崎市・寒川町の場合 →県薬務課 ○上記以外の場合 →県保健福祉事務所及び同センター	事由が発生した日から50日以内	届を提出してから麻薬取締員等の立会いの下で廃棄すること

## 2 麻薬管理者免許

従来、麻薬施用者が複数名いたため麻薬管理者を置いていた麻薬診療施設において、引き続き麻薬施用者免許を保有する方が一名しかいない場合には、麻薬管理者を廃止することができます。

免許証の有効期間が満了してから15日以内に、麻薬管理者免許証返納届に麻薬管理者免許証を添付の上、麻薬診療施設の所在地を管轄する保健所等の申請窓口に提出してください。

※申請窓口は県薬務課ホームページ「麻薬取扱者免許の継続申請手続きについて」内の「申請窓口一覧」をご確認ください。

(問合せ先)

神奈川県健康医療局生活衛生部薬務課  
献血・薬物対策グループ

〒231-8588 横浜市中区日本大通1

電話 045-210-1111 (代表)

045-210-4964 (直通)

## 申請窓口一覧 (窓口対応時間等については、各申請窓口にご確認ください)

申請窓口	業務所所在地	電話	業務所所在地	電話	業務所所在地	電話
横浜市 各区 福祉保健センター 生活衛生課 (市外局番 045)	鶴見	510-1842	保土ヶ谷	334-6362	青葉	978-2464
	神奈川	411-7141	旭	954-6166	都筑	948-2357
	西	320-8442	磯子	750-2451	戸塚	866-8425
	中	224-8337	金沢	788-7872	栄	894-6967
	南	341-1191	港北	540-2371	泉	800-2451
	港南	847-8442	緑	930-2366	瀬谷	367-5751
川崎市 各区役所 地域みまもり 支援センター (福祉事務所・保健所支所) 衛生課 (市外局番 044)	川崎	201-3223	高津	861-3321	麻生	965-5163
	幸	556-6682	宮前	856-3265		
	中原	744-3280	多摩	935-3310		

申請窓口	業務所所在地	電話
相模原市保健所	地域保健課	相模原市 042-769-8343
横須賀市保健所	企画課	横須賀市 046-824-7501
藤沢市保健所	地域保健課	藤沢市 0466-50-3592
茅ヶ崎市保健所	衛生課	茅ヶ崎市、寒川町 0467-38-3317

(県域)

申請窓口	業務所所在地	電話
平塚保健福祉事務所	平塚市、大磯町、二宮町	0463-32-0130
平塚保健福祉事務所 秦野センター	環境衛生課 秦野市、伊勢原市	0463-82-1428
鎌倉保健福祉事務所	鎌倉市、逗子市、葉山町	0467-24-3900
鎌倉保健福祉事務所 三崎センター	生活衛生課 三浦市	046-882-6811
小田原保健福祉事務所	環境衛生課 小田原市、箱根町、真鶴町、 湯河原町	0465-32-8000
小田原保健福祉事務所 足柄上センター	生活衛生課 南足柄市、中井町、大井町、 松田町、山北町、開成町	0465-83-5111
厚木保健福祉事務所	環境衛生課 厚木市、海老名市、座間市、 愛川町、清川村	046-224-1111
厚木保健福祉事務所 大和センター	大和市、綾瀬市	046-261-2948

別記第1号様式（第1条関係）

薬務課記載欄

申請資格の  
確認欄

手数料確認欄

継 続（令和6年版）

麻薬 施用・管理・小売業・研究・卸売業 者免許申請書

麻薬業務所	所在地	〒			
	名称	TEL			
麻薬施用者又は麻薬研究者にあっては、従として診療又は研究に従事する麻薬診療施設又は麻薬研究施設	所在地	〒			
	名称	TEL			
許可または免許の番号		医 師 歯科医師 獣 医 師 第 薬 剤 師 薬 局 医薬品販売業	号	許可又は免 許の年月日	昭和 平成 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	(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)				
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。 (申請日から3年以内)				
	(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)				
	(4) 暴力団員又は暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者。				
	(5) 暴力団員等がその事業活動を支配する者。				
備考	申請者が現に所持する麻薬取扱者免許番号	第 号			
	申請麻薬業務所における麻薬施用者数	無・1名・2名・3名・4名・5名以上			
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。					
年 月 日					
住 所					
〒					
氏 名					
神 奈 川 県 知 事 殿					

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 申請する麻薬取扱者免許の種類について、施用・管理・小売業・研究・卸売業のうち該当するものを○で囲むこと。
- 3 許可又は免許の番号の欄には、麻薬営業者の免許の申請であるときは、医薬品医療機器等法の規定による許可証の番号を、麻薬施用者又は麻薬管理者の免許の申請であるときは、医師、歯科医師、獣医師又は薬剤師の免許の登録番号を記載すること。
- 4 欠格条項の(1)欄から(5)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、当該事実があるときは、(1)欄にあってはその理由及び年月日を、(2)欄にあってはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(3)欄及び(4)欄にあってはその違反等の事実及び年月日を記載すること。
- 5 欠格条項の(4)における「暴力団員」とは暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成三年法律第七十七号）第2条第6号に規定する者であること。
- 6 欠格条項の(5)における「暴力団員等」とは、欠格条項(4)に該当する者であること。

# 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。</p> <p>(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</p> <p>精神機能の障害</p> <p><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p><input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p>「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</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><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	名 称		
		所 在 地		
		電 話 番 号		
	氏 名			

別記第3号様式（第3条関係）

別記第4号様式（第4条関係）

小売業者 免許証返納届（本人用）  
麻薬施用者 業務廃止

免許証の番号	第	号	免許年月日	令和	年	月	日
麻薬業務所	所在地						
	名称						
氏名							
免許証返納の事由 業務廃止の事由 及び、その年月日	1 令和 年 1 2 月 3 1 日免許の有効期間が満了したため。 2 令和 年 1 2 月 3 1 日免許の有効期間が満了したが、継続して 免許を受けなかった。 3 令和 年 月 日免許の取消処分を受けた。 4 令和 年 月 日に業務を廃止。 業務所廃止、転勤、退職、麻薬を使わない、資格そう失、その他（ ）						
上記のとおり、免許証を返納したいので届け出ます。 業務を廃止したので、免許証を添えて届け出ます。  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）  神奈川県知事殿							

（注意）

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 「この届」は免許証を添えて15日以内に管轄保健福祉事務所（保健所）等へ提出すること。
- 3 並記してある文字のうち不要文字は消すこと。
- 4 免許証返納事由又は業務廃止事由は該当事項を○でかこんで年月日を記入すること。
- 5 麻薬施用者の免許が失効したあと、その施設に麻薬施用者がいなくなるときは、管理していた麻薬は開設者に引き渡すこと。
- 6 麻薬管理者の免許が失効したあと、その施設に  
(1) 麻薬施用者が2名以上いるときは、適格者に麻薬管理者の免許を事前に申請させ、その者に麻薬を引き継ぐこと。  
(2) 麻薬施用者が1名だけになるときは、その施用者に麻薬を引き継ぐこと。  
(3) 麻薬施用者がいなくなる場合には、麻薬は開設者に引き渡すこと。
- 7 法人にあっては住所は主たる事務所の所在地とし、氏名は法人の名称及び代表者の氏名とすること。（麻薬施用者及び麻薬管理者は該当しない）



## 麻薬年間届 記載上の注意

- (1) 氏名
- ・麻薬診療施設：麻薬管理者氏名（麻薬管理者がいない施設にあつては麻薬施用者氏名）
  - ・麻薬小売業者：業務所の開設者氏名（法人の場合、法人名及び代表者名を記載してください。）
  - ・麻薬研究者：麻薬研究者氏名（業務所に複数研究者がいる場合は、研究者ごとに届け出てください。）
- (2) 同じ品名のもので、含有量が異なれば別品目として記載してください。
- (3) 単位は、グラム(g)、ミリリットル(ml)、アンプル(A)（注射剤の場合）、バイアル(V)、錠等で記載し、同一品目内では単位を統一して記載してください。
- (4) 購入した麻薬から倍散、溶液、軟膏を自製（予製）した場合は、購入した麻薬の次行に倍散、溶液、軟膏の欄を別に設けて記載してください。
- (5) コデイン、ジヒドロコデイン、エチルモルヒネの倍散、溶液、軟膏は、9月30日現在で秤量し、期末在庫数としてください。（払出数は計算による）。
- (6) 受入数欄のcには、病院等において、入院患者に調剤し、施用されずに病棟から返却された麻薬のうち再利用する麻薬の数量を記載してください。また、dには患者より調剤済麻薬として廃棄のため受け入れた持参薬の数量を記載してください。その他の受け入れ数は②に合算して記載してください。なお、麻薬小売業者間許可に基づく譲受を行った場合は、②欄に（）書きで内数として譲受の数量を記載してください。
- (7) 払出数欄において、eには、a及びdで譲受した持参麻薬を廃棄した数を記載し、その他の払出数は、③に合算して記載してください。病院等において、入院患者に調剤し、施用されずに病棟から返却された麻薬のうち、調剤済麻薬として廃棄した数量は③に合算してください。また、麻薬廃棄届により廃棄した数量及び麻薬事故により滅失した数量は③に合算し、備考欄に記載してください。なお、麻薬小売業者間許可に基づく譲渡を行った場合は、③欄に（）書きで内数として譲渡の数量を記載してください。
- (8) 病院等において、持参麻薬を持参した当該患者に使用した場合は、本票（年間届）への受入数、払出数に記載する必要はありません※。この場合であっても、病院等が持参麻薬として廃棄処分する場合は、dに受け入れ数を計上し在庫に含めてください。
- ※ 帳簿（補助簿を含む）で患者が持参した麻薬を管理することを妨げるものではありません。
- (9) 秤量誤差は、受入数、払出数に含まずに、備考にその旨を記載してください。（アヘンチンキの例を参照）
- (10) 期限切れの麻薬は、廃棄届による廃棄を行うまでは在庫数に含まれます。
- (11) 備考欄に記載する項目が複数になる場合には、それぞれの項目で分けて記載してください。（例：R〇.2.1 事故届 5錠、R〇.6.10 廃棄届 100錠）
- (12) 年間届作成の際は、実在庫数と麻薬帳簿と照合の上、記載してください。

## 記載例

品名	単位	期初在庫数 (前年10月1日現在)		受入数		払出数		期末在庫数 (本年9月30日現在)		備考	
		① a 以外	a 廃棄処分として譲受した持参麻薬のうち未廃棄の数	② b 以外	c 再利用 (病院等のみ)	d 廃棄処分として譲受した持参麻薬	③ e 以外	e a及びdのうち調剤済麻薬として廃棄した数	④ f 以外		f a及びdのうち未廃棄の数
ケタミン注射液 500mg	mL	100		300			250		150		R〇.2.1 事故届 10mL
ケタミン注射液 200mg	mL	30		0			10		20		2倍濃縮液予製
ケタミン2倍濃縮液	mL	0		5			0		5		200mg注射液から予製
ペチジン塩酸塩注射液 35mg	A	60		200			171		89		R〇.8.19廃棄届20A
アヘンチンキ	mL	20		50			48		20		秤量誤差 -2mL
MSコンチン錠 10mg	錠	130		450(50)			420		160		
オプソ内服液10mg	包	10		60	8		30		48		
フェンタニル1日用テープ5mg「〇〇」	枚	21	5	35		14	28	12	28	7	

各項目の関係

① + ② + c = ③ + ④ ± 秤量誤差	①	②	c	d	③	e	④	f	秤量誤差
a + d = e + f		a		d		e		f	

別記第1号様式（第1条関係）

薬務課記載欄	申請資格の 確認欄	手数料確認欄
継 続（令和6年版）		添付書類 ・医師の診断書（申請者の精神機能の障害、麻薬中毒又は覚醒剤の中毒の有無を示すもの） ・医師免許証等の原本または写し（提示のみ）

**麻薬（施用）・管理・小売業・研究・卸売業 者免許申請書**

麻薬業務所	所在地	〒000-0000 横浜市中央区日本大通一丁目1番1号	申請者が主として勤務する麻薬業務所名を記入してください。郵便番号・住所・名称は <u>開設届等の通り正確</u> に記載してください。	
	名称	TEL000-000-0000 〇〇〇〇クリニック		
麻薬施用者又は麻薬研究者にあっては、従として診療又は研究に従事する麻薬診療施設又は麻薬研究施設	所在地	〒	非常勤等により、神奈川県内の上記の麻薬業務所以外の場所で麻薬を施用する場合はこちらに記入してください。複数ある場合は各欄に①②、などと記載してください。	
	名称			
許可または免許の番号		医 師 第 号 歯科医師 獣 医 師 薬 剂 師 薬 局 医薬品販売業	許可又は免 許の年月日 昭和 年 月 日 平成 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	(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	医師免許証等の番号を記載してください。	
	(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		
	(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		該当無しの場合、「なし」と記入してください。有りの場合はその内容を記載してください。
	(4) 暴力団員又は暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者。	なし		
	(5) 暴力団員等がその事業活動を支配する者。	なし		現在お持ちの麻薬施用者免許証の番号を記載してください。
備考	申請者が現に所持する麻薬取扱者免許番号	第 〇〇〇〇〇〇〇 号		
	申請麻薬業務所における麻薬施用者数	無・1名・2名・3名・4名・5名以上		
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。 令和 〇 年 10 月 〇〇 日 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">提出日</span> 住 所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） 〒000-0000 横浜市中央区日本大通〇〇 氏 名（法人にあっては、名称） 神奈川 太郎 神 奈 川 県 知 事 殿				
		上記の主たる業務所で、 <u>申請者本人を除いた</u> 施用者免許を受けている医師等について記載してください。		
		<u>申請者本人</u> が居住している郵便番号、住所及び本人の氏名を記載してください。		

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 申請する麻薬取扱者免許の種類について、施用・管理・小売業・研究・卸売業のうち該当するものを○で囲むこと。
- 3 許可又は免許の番号の欄には、麻薬営業者の免許の申請であるときは、医薬品医療機器等法の規定による許可証の番号を、麻薬施用者又は麻薬管理者の免許の申請であるときは、医師、歯科医師、獣医師又は薬剤師の免許の登録番号を記載すること。
- 4 欠格条項の(1)欄から(5)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、当該事実があるときは、(1)欄にあってはその理由及び年月日を、(2)欄にあってはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(3)欄及び(4)欄にあってはその違反等の事実及び年月日を記載すること。
- 5 欠格条項の(4)における「暴力団員」とは暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成三年法律第七十七号）第2条第6号に規定する者であること。
- 6 欠格条項の(5)における「暴力団員等」とは、欠格条項(4)に該当する者であること。

別記第1号様式（第1条関係）

薬務課記載欄

申請資格の  
確認欄

手数料確認欄

添付書類

- ・ 医師の診断書（申請者の精神機能の障害、麻薬中毒又は覚醒剤の中毒の有無を示すもの）
- ・ 医師免許証等の原本または写し（提示のみ）

継 続（令和6年版）

麻薬 施用・**管理**・小売業・研究・卸売業 者免許申請書

麻薬業務所	所在地	〒000-0000 横浜市中央区日本大通一丁目1番1号		申請者が主として勤務する麻薬業務所名を記入してください。郵便番号・住所・名称は <b>開設届等の通り正確</b> に記載してください。
	名称	TEL000-000-0000 〇〇〇〇クリニック		
麻薬施用者又は麻薬研究者にあっては、従として診療又は研究に従事する麻薬診療施設又は麻薬研究施設	所在地	〒		
	名称	原則、管理者は施設ごとに専任で設置されます。したがって、従たる施設はありませんので、空欄にしてください。		
許可または免許の番号		医師 歯科医師 獣医師 薬剤師 薬局 医薬品販売業	第 〇 号	許可又は免許の年月日 昭和 〇 年 〇 月 〇 日 平成 〇 年 〇 月 〇 日 令和 〇 年 〇 月 〇 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	医師免許証等の登録年月日を記載してください。	
	(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		
	(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	該当無しの場合は、「なし」と記入してください。有りの場合はその内容を記載してください。	
	(4) 暴力団員又は暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者。	なし		
	(5) 暴力団員等がその事業活動を支配する者。	なし	現在お持ちの麻薬管理者免許証の番号を記載してください。	
備考	申請者が現に所持する麻薬取扱者免許番号	第 〇〇〇〇〇〇〇 号		
	申請麻薬業務所における麻薬施用者数	無・1名・2名・3名・4名・5名以上		
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。				
令和 〇 年 10 月 〇〇 日		提出日		
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 横浜市中央区日本大通〇〇		
氏名（法人にあっては、名称）		神奈川 太郎		
神奈川 県 知 事 殿		申請者本人が居住している郵便番号、住所及び本人の氏名を記載してください。		

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 申請する麻薬取扱者免許の種類について、施用・管理・小売業・研究・卸売業のうち該当するものを○で囲むこと。
- 3 許可又は免許の番号の欄には、麻薬営業者の免許の申請であるときは、医薬品医療機器等法の規定による許可証の番号を、麻薬施用者又は麻薬管理者の免許の申請であるときは、医師、歯科医師、獣医師又は薬剤師の免許の登録番号を記載すること。
- 4 欠格条項の(1)欄から(5)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、当該事実があるときは、(1)欄にあってはその理由及び年月日を、(2)欄にあってはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(3)欄及び(4)欄にあってはその違反等の事実及び年月日を記載すること。
- 5 欠格条項の(4)における「暴力団員」とは暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成三年法律第七十七号）第2条第6号に規定する者であること。
- 6 欠格条項の(5)における「暴力団員等」とは、欠格条項(4)に該当する者であること。

# 診 断 書

男女どちらか該当するものを  
○で囲んでください。

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日	年 月 日	年 齡	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	名 称	
		所 在 地	
		電話番号	
		氏 名	

麻薬小売業者・麻薬卸売業者で、県内に複数の支店がある場合、継続申請書に添付する診断書は原本一部で、他は写しでもかまいません。  
 写しは、この部分に原本を提出した①提出日②各市保健所名又は保健福祉事務所名③麻薬業務所名称(薬局名、麻薬卸売業者の場合は営業所名)を記入してください。

<記載例>令和〇年 10 月〇日 〇〇保健福祉事務所提出 〇〇薬局△△店分に原本添付

別記第3号様式 (第3条関係)  
別記第4号様式 (第4条関係)

\*欄 提出理由が4の場合、業務廃止届(免許証返納を削除)  
理由が1、2、3の場合、返納届(業務廃止を削除)

小売業  
麻薬施用者 免許証返納  
管 理 業 務 廃 止 届 (本人用)

免許証の番号	第〇〇〇〇〇〇〇号	免許年月日	令和△△年 1月 1日
麻薬業務所	所在地	横浜市中区山下町〇〇	
	名称	医療法人社団〇〇クリニック	
氏名	神奈川 太郎		
* 免許証返納の事由 業務廃止の事由 及び、その年月日	① 令和〇〇年12月31日免許の有効期間が満了したため。 2 令和 年 12月 31日免許の有効期間が満了したが、継続して 免許を受けなかった。 3 令和 年 月 日免許の取消処分を受けた。 4 令和 年 月 日に業務を廃止。 業務所廃止、転勤、退職、麻薬を使わない、資格そう失、その他( )		
上記のとおり、免許証を返納したいので届け出ます。 <del>業務を廃止したので、免許証を添えて届け出ます。</del>			
令和 〇〇年 1月 〇日 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">提出日</span>			
住所 <small>(法人にあっては名称)</small> 横浜市中区日本大通〇〇			
氏名 <small>(法人にあっては名称)</small> 神奈川 太郎			
神奈川 県 知 事 殿			

免許の有効開始日  
を記載して下さい

(注意)

- 用紙の大きさは、A4とすること。
- 「この届」は免許証を添えて15日以内に管轄保健所福祉事務所(保健所)等へ提出すること。
- 並記してある文字のうち不要文字は消すこと。
- 免許証返納事由又は業務廃止事由は該当事項を○でかこんで年月日を記入すること。
- 麻薬施用者の免許が失効したあと、その施設に麻薬施用者がいなくなるときは、管理していた麻薬は開設者に引き渡すこと。
- 麻薬管理者の免許が失効したあと、その施設に
  - 麻薬施用者が2名以上いるときは、適格者に麻薬管理者の免許を事前に申請させ、その者に麻薬を引き継ぐこと。
  - 麻薬施用者が1名だけになるときは、その施用者に麻薬を引き継ぐこと。
  - 麻薬施用者がいなくなる場合には、麻薬は開設者に引き渡すこと。
- 法人にあっては住所は主たる事務所の所在地とし、氏名は法人の名称及び代表者の氏名とすること。(麻薬施用者及び麻薬管理者は該当しない)

別記第3号様式 (第3条関係)  
別記第4号様式 (第4条関係)

\*欄 提出理由が4の場合、業務廃止届 (免許証返納を削除)  
理由が1、2、3の場合、返納届 (業務廃止を削除)

小売業  
麻薬施用者業務廃止届 (本人用)  
管 理 免 許 証 返 納

免許証の番号	第〇〇〇〇〇〇〇号	免許年月日	令和△△年 1月 1日
麻薬業務所	所在地	横浜市中区山下町〇〇	
	名称	医療法人社団〇〇クリニック	
氏名	神奈川 太郎		
* 免許証返納の事由 業務廃止の事由 及び、その年月日	1 令和 年 12月 31日免許の有効期間が満了したため。 2 令和 年 12月 31日免許の有効期間が満了したが、継続して 免許を受けなかった。 3 令和 年 月 日免許の取消処分を受けた。 ④ 令和 〇〇年 11月 5日に業務を廃止。 業務所廃止、転勤、退職、麻薬を使わない、資格そう失、その他( )		
上記のとおり、免許証を返納したいので届け出ます。 業務を廃止したので、免許証を添えて届け出ます。  令和 〇〇年 11月 6日 提出日  住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地) 横浜市中区日本大通〇〇  氏名 (法人にあっては名称) 神奈川 太郎  神奈川県知事殿			

(注意)

- 用紙の大きさは、A4とすること。
- 「この届」は免許証を添えて15日以内に管轄保健所福祉事務所 (保健所) 等へ提出すること。
- 並記してある文字のうち不要文字は消すこと。
- 免許証返納事由又は業務廃止事由は該当事項を○でかこんで年月日を記入すること。
- 麻薬施用者の免許が失効したあと、その施設に麻薬施用者がいなくなるときは、管理していた麻薬は開設者に引き渡すこと。
- 麻薬管理者の免許が失効したあと、その施設に
  - 麻薬施用者が2名以上いるときは、適格者に麻薬管理者の免許を事前に申請させ、その者に麻薬を引き継ぐこと。
  - 麻薬施用者が1名だけになるときは、その施用者に麻薬を引き継ぐこと。
  - 麻薬施用者がいなくなる場合には、麻薬は開設者に引き渡すこと。
- 法人にあっては住所は主たる事務所の所在地とし、氏名は法人の名称及び代表者の氏名とすること。(麻薬施用者及び麻薬管理者は該当しない)