

【参考】

- 各種様式及び記載例
- 麻薬の購入における
一般的注意事項

※ 該当事項に○をつけて下さい。

当該業務所に施用者はこの申請者以外に		
a いる	b いない	
現在麻薬管理者は		
a いる	b いない	c 申請中

麻薬 者免許申請書

麻薬業務所	所在地			
	名称			
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			
許可又は免許の番号		医・歯・獣・薬・薬局・() 第 号	許可又は免許の年月日	年 月 日
法人申請者 のそはてつあにの を行う役員を含む 欠格条項 業務	(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。			
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。			
	(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。			
備 考				
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 愛 知 県 知 事 殿				
			業 務 所 電 話 番 号	

備考 ① 許可又は免許の番号欄には、麻薬営業者の免許の申請であるときは、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律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。

② 欠格条項の(1)欄から(3)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)欄にあつては、その理由及び年月日を、(2)欄にあつては、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)欄にあつては、その違反の事実及びその年月日を記載すること。

愛知県収入証紙を貼付します。

この申請で施用者が2人以上になる場合、同時に管理者免許申請が必要です。

※ 該当事項に○をつけて下さい

当該業務所に施用者はこの申請者以外に
 a いる b いない
 現在麻薬管理者は
 a いる b いない c 申請中

麻薬業者免許申請書

施用、管理、小売業、研究、卸売業の別を記入します。

麻薬業務所	所在地	提出先は、麻薬業務所を所轄する保健所（名古屋市内は県庁）です。		
	名称			
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	施用者又は研究者で、麻薬業務所以外の施設で麻薬を扱わない場合は「なし」と記入します。他の業態は空白とします。		
	名称			
許可又は免許の番号	医・歯・獣・薬・薬局・（第）号	許可又は免許の年月日	年 月 日	
法人申請を行う役員を含む のそはつあいの 欠格条項 業務	(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。	【備考2参照】 申請者が法人の場合、業務を行う役員について該当なければ、各項目に「なし」などと記載します。	【備考1参照】 申請時には、この免許申請に係る免許証又は許可証の写し（申請者が原本証明したもの）が必須です。	
	(2)罰金以上の刑に処せられたこと。			
	(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。			
備考	上記のとおり免許を受けたいので申請します。 年 月 日 提出日を記入します。 住所 申請者が法人の場合、主たる事務所の所在地、法人名、代表者肩書き、代表者氏名を記載します。 氏名			
愛知県知事殿				
		業務所電話番号		

- 備考 ① 許可又は免許の番号欄には、麻薬営業者の免許の申請であるときは、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律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。
- ② 欠格条項の(1)欄から(3)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)欄にあっては、その違反の事実及びその年月日を記載すること。

診 断 書

住 所			
氏 名		性 別	男 女
生年月日	昭 和 平 成	年 令	
<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☑を付けて下さい。)</p> <p>1. 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な場合において、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 (できるだけ具体的に記載してください。)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり</p>			
診断年月日		年 月 日	
<p>病院、診療所又は介護老人保健施設等の</p> <p>名 称</p> <p>所 在 地</p> <p>医師の氏名</p> <p style="text-align: right;">TEL () —</p>			

診 断 書

住 所			
氏 名		性 別	男 女
生年月日	昭 和 平 成	年 令	
	年 月 日		

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☑を付けて下さい。)

1. 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な場合において、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（できるだけ具体的に記載してください。）

2. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒

- なし
 あり

診断日から1か月以内の診断書を添付してください。

診断年月日	年 月 日
-------	-------

病院、診療所又は介護老人保健施設等の

名 称

所 在 地

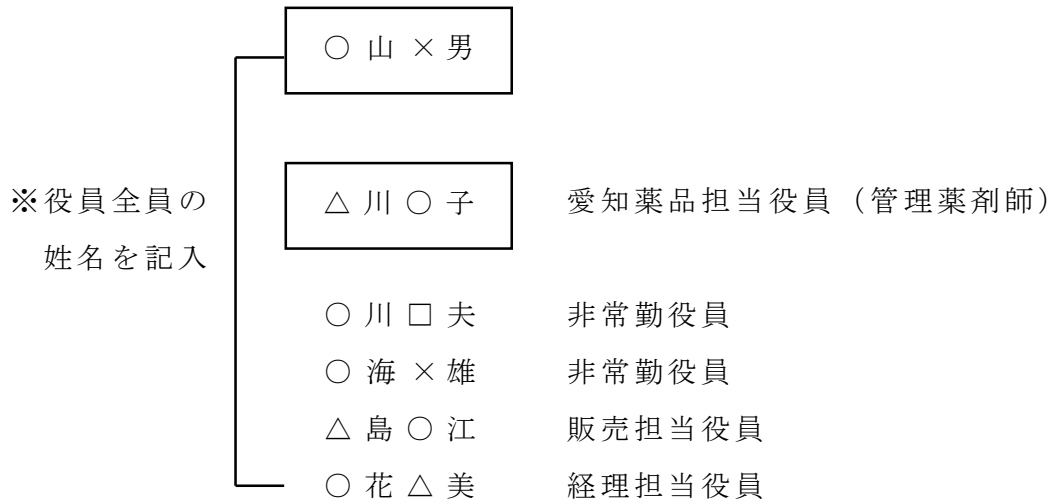
医師の氏名

申請者が医師であっても、本人の診断は無効です。
診断書の修正は、申請者の記載事項も含めて、診断した医師の修正が必要です。

TEL () —

[麻薬関係業務を行う役員についての組織図例]

株式会社愛知薬品 役員業務分担表



内が麻薬関係業務を行う役員であることを証明する。

年 月 日

愛知県名古屋市中区○○町二丁目1番地20号

株式会社 愛 知 薬 品

代表取締役 ○山×男

※免許を申請する者が愛知薬品であれば、診断書を提出する役員は○山×男と△川○子になります。

※ 該当事項に○をつけて下さい。

麻薬 者業務（研究）廃止届

当該業務所の施用者数はこの申請者を除くと
a 0人 b 1人 c 2人以上

現在麻薬管理者は
a いる b いない

免許証の番号		第 号	免許 年月日	年 月 日
麻薬業務所	所在地			
	名称			
氏 名				
業務（研究）廃止の 事由及びその年月日		年 月 日		
<p>上記のとおり、業務（研究）を廃止したので、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</p> <p style="text-align: center;">届出義務者続柄</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">愛 知 県 知 事 殿</p>				

営業の廃止、施用者・研究者が一人もいなくなる場合、麻薬所有量届等が必要です。
施用者が2人以上から1人になる場合は、原則管理者免許の廃止届が必要です。

麻薬 者業務（研究）廃止届

施用、管理、小売業、研究、卸売業の別を記入します。

※ 該当事項に○をつけて下さい。

当該業務所の施用者数はこの申請者を除くと
a 0人 b 1人 2人以上

現在麻薬管理者は
 いる b いない

免許証の番号		第 号	免許年月日	年 月 日
麻薬業務所	所在地	免許証の記載どおりに記載します。 免許年月日は、有効期間の始期です。 現状と免許証の記載が異なる場合は 免許証記載事項変更届が必要です。		
	名称			
氏 名				
業務（研究）廃止の事由及びその年月日		事由から15日以内に提出してください。 年 月 日		

上記のとおり、業務（研究）を廃止したので、免許証を添えて届け出ます。

年 月 日 提出日を記入します。

住 所

麻薬小売業者及び麻薬卸売業者において、届出者が法人の場合、主たる事務所の所在地、法人名、代表者職、代表者氏名を記載します。

届出義務者続柄

氏 名

本人の場合は記載不要です。

愛 知 県 知 事 殿

麻 薬 所 有 量 届

年 月 日

愛 知 県 知 事 殿

住 所

氏 名
(名 称 及 び
代 表 者 の 氏 名)

下記のとおり麻薬の所有量について届け出ます。

免許の種類	施用者	管理者	研究者	小売業者	卸売業者
免許証の番号	第 号	免許年月日	年	月	日
氏 名					
麻薬業務所所在地名称					
開設者等の住所及び氏名又は名称					
届出の理由					
届出理由発生年月日	年 月 日				
所有する麻薬の品名及び数量	品 名			数 量	
他都道府県へ転出する場合は、転出先の麻薬業務所の所在地・名称					
備 考					

- 備考 1 免許の種類は、該当の事項を○で囲むこと。
 2 届出者が法第36条第4項に規定する者に該当するときは、その旨を備考欄に記入すること。

麻 薬 所 有 量 届

年 月 日

提出日を記入します。

愛 知 県 知 事 殿

住 所

氏 名
(名 称 及 び
代 表 者 の 氏 名)

届出者は、診療施設開設者、研究施設設置者あるいは営業者です。

【例外：備考2参照】
法人の場合、主たる事務所の所在地、
法人名、代表者職、代表者氏名を記載
します。

下記のとおり麻薬の所有量について届け出ます。

免許の種類	施用者	管理者	研究者	小売業者	卸売業者
免許証の番号	第 号	免許年月日	年	月	日
氏 名	以上の各欄は、麻薬管理者を設置していた診療施設は「管理者」の免許について、それ以外の診療施設は「施用者」の免許について、研究者・営業者はそれぞれの免許について記載します。				
麻薬業務所所在地名称					
開設者等の住所及び氏名又は名称	届出者と同じです。法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人名、代表者職、代表者氏名を記載します。				
届出の理由	理由から15日以内に提出してください。				
届出理由発生日	年	月	日		
所有する麻薬の品名及び数量	品 名	数 量			
	<p>【品名】 局方品：局方名又は局方別名、局外品：一般名又は商品名</p> <p>【数量】 原末・散剤・軟膏 g</p> <p>錠剤・カプセル剤・スティック剤 錠（又はT, Cap, 包）</p> <p>注射剤・液剤 A（又はmL, V）</p> <p>坐剤 個</p> <p>その他特殊な剤形 （数量が特定できる表現）</p>				
他都道府県へ転出する場合は、転出先の麻薬業務所の所在地・名称					
備 考	【備考2】届出義務者が届け出る場合は、その旨を記載してください				

- 備考 1 免許の種類は、該当の事項を○で囲むこと。
2 届出者が法第36条第4項に規定する者に該当するときは、その旨を備考欄に記入すること。

麻 薬 譲 渡 届

年 月 日

愛 知 県 知 事 殿

住 所

氏 名

(名 称 及 び
代 表 者 の 氏 名)

下記のとおり麻薬を譲り渡したので届け出ます。

免許の種類	施用者	管理者	研究者	小売業者	卸売業者
免許証の番号	第	号	免許年月日	年	月 日
氏 名			譲渡年月日	年	月 日
麻薬業務所 所在地名称					
開設者等の 氏名又は名称					
譲渡した麻薬の 品名及び数量	品 名			数 量	
譲 受 人	免許の種類	施用者	管理者	研究者	小売業者 卸売業者
	免許証の番号	第	号	免許年月日	年 月 日
	氏 名				
	麻薬業務所 所在地名称				
	住所及び氏名 又は名称				
備 考					

- 備考 1 免許の種類欄は、該当事項を○で囲むこと。
 2 届出者が法第 36 条第 4 項に規定する者に該当するときは、その旨を備考欄に記入すること。

麻 薬 譲 渡 届

年 月 日

提出日を記入します。

愛 知 県 知 事 殿

住 所

氏 名

(名称及び
代表者の氏名)

届出者は、医療機関開設者、研究施設設置者あるいは営業者です。

【例外：備考2参照】

法人の場合、主たる事務所の所在地、法人名、代表者職、代表者氏名を記載します。

下記のとおり麻薬を譲り渡したので届け出ます。

免許の種類	施用者	管理者	研究者	小売業者	卸売業者
免許証の番号	第	号	免許年月日	年	月 日
氏 名			譲渡年月日	年	月 日
麻薬業務所所在地名称	譲渡は廃止等から50日以内に限り有効です。 譲渡から15日以内に届け出てください。				
開設者等の氏名又は名称	届出者と同じです。法人の場合は法人名、代表者職、代表者氏名を記載します。				
譲渡した麻薬の品名及び数量	品 名		数 量		
	免許の種類・免許証の番号・免許年月日・氏名・麻薬業務所所在地名称の各欄は、麻薬管理者を設置する診療施設は管理者の免許について、その他の診療施設は施用者の免許について、研究者・営業者はそれぞれの免許について記載します。				
譲受人の欄の住所及び氏名又は名称は、麻薬を譲り受ける医療機関開設者、研究施設設置者あるいは営業者について記載します。法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人名、代表者職、代表者氏名を記載します。					
譲 受 人	免許の種類	施用者	管理者	研究者	小売業者 卸売業者
	免許証の番号	第	号	免許年月日	年 月 日
	氏 名				
	麻薬業務所所在地名称				
	住所及び氏名又は名称				
備 考	届出義務者が届け出る場合は、その旨を記載してください（備考2）				

- 備考 1 免許の種類欄は、該当事項を○で囲むこと。
2 届出者が法第36条第4項に規定する者に該当するときは、その旨を備考欄に記入すること。

麻薬

者免許証返納届

免許証の番号		第 号	免許年月日	年 月 日
麻薬業務所	所在地			
	名称			
氏 名				
免許証返納の事由 及びその年月日				
<p>上記のとおり、免許証を返納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</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p>愛知県知事 殿</p>				

麻薬

者免許証返納届

施用、管理、小売業、研究、卸売業 の別を記入します。

免許証の番号		第 号	免許年月日	年 月 日
麻薬業務所	所在地	以上の欄は免許証の記載どおりに記載します。 免許年月日は、有効期間の始期です。 現状と免許証の記載が異なる場合は免許証記載事項 変更届が必要です。		
	名称			
氏 名		有効期間満了による場合は、年月日は有 効期間の終期を記入します。 なお、引き続き麻薬業務を行わない場合 は、返納届ではなく廃止届を提出します。 また、紛失していた免許証を発見して、 返納する場合は、本欄をその旨とその年 月日に修正してください。 事由から15日以内に免許証とともに提 出します。		
免許証返納の事由 及びその年月日				

上記のとおり、免許証を返納したいので届け出ます。

年 月 日

提出日を記入します。

住 所

麻薬小売業者及び麻薬卸売業者におい
て、届出者が法人の場合、主たる事務
所の所在地、法人名、代表者職、代表
者氏名を記載します。

氏 名

愛知県知事 殿

※該当事項に○をつけてください。

変更前業務所に、施用者は届出者以外に	a	いる	b	いない
変更後業務所に、施用者は届出者以外に	a	いる	b	いない
変更後業務所に、麻薬管理者は	a	いる	b	いない

麻薬 者免許証記載事項変更届

免許証の番号		第	号	免許年月日	年	月	日
変更すべき事項		麻薬業務所（所在地・名称）・住所・氏名・従たる施設（所在地・名称）					
変 更 前	麻薬業務所	所在地					
		名称					
	住所						
	氏名						
変 更 後	麻薬業務所	所在地					
		名称					
	住所						
	氏名						
従たる施設	所在地						
	名称						
変更の事由及びその年月日		年 月 日					
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">愛 知 県 知 事 殿</p>							
施用者の方は該当に○をつけてください。		医 師	歯科医師	獣医師	業務所電話番号		

- 注意 ① 変更すべき事項欄は、該当事項を○で囲むこと。
 ② 変更前および変更後の欄は、変更のある事項についてのみ記入すること。

麻薬 者免許証記載事項変更届

免許年月日は、有効期間の始期です。

施用、管理、小売業、研究、卸売業 の別を記入します。

※該当事項に○をつけてください。

変更前業務所に、施用者は届出者以外に	a いる	b いない
変更後業務所に、施用者は届出者以外に	a いる	b いない
変更後業務所に、麻薬管理者は	a いる	b いない

免許証の番号		○保第XX0981号		免許年月日	XX年 1月 1日
変更すべき		(注意①参照) 業務所 (所在地・名称) ・住所・氏名・従たる施設 (所在地・名称)			
変更前	麻薬業務所	所在地	〇〇市〇〇区〇〇町・・・・		
		名称	〇〇大学医学部附属病院		
	住所		変更しない項目は空白とします。(注意②参照)		
	氏名				
	従たる施設	所在地	〇〇市〇〇区〇〇町・・・・		
名称		〇〇診療所			
変更後	麻薬業務所	所在地	〇〇市〇〇町・・・・		
		名称	〇〇病院		
	住所				
	氏名				
	従たる施設	所在地	なし		
名称		なし			
変更の事由及びその年月日		転勤のため		事由から15日以内に提出してください。	
<p>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。</p> <p>年 月 日 提出日を記入します</p> <p>住所</p> <p>氏名</p> <p>愛知県知事殿</p>					
施用者の方は該当に○をつけてください。		(医師)	歯科医師	獣医師	業務所電話番号 XXXX-XX-XXXX

この変更で施用者が1人から2人以上になる場合は、先にあるいは同時に管理者免許申請が、施用者又は研究者がいなくなる場合は麻薬所有量届等が必要です。施用者が2人以上から1人になる場合は、原則管理者免許の廃止届が必要です。

提出先は、変更後の時点の、麻薬業務所を所轄する保健所（名古屋市内は医薬安全課）です。

麻薬小売業者及び麻薬卸売業者において、届出者が法人の場合、主たる事務所の所在地、法人名、代表者職、代表者氏名を記載します。

注意 ① 変更すべき事項欄は、該当事項を○で囲むこと。

② 変更前および変更後の欄は、変更のある事項についてのみ記入すること。

【注意】 麻薬業務所が移転・開設者変更等により開設許可を取り直す場合、麻薬管理者・麻薬営業者は、この変更届出ではなく、事前に新たに免許を取り直す必要があります。

麻薬

者免許証再交付申請書

免許証の番号		第 号	免許 年月日	年 月 日
麻薬業務所	所在地			
	名称			
氏 名				
再交付の事由及び その年月日				
<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 〔法人にあつては、主 たる事務所の所在地〕</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (法人にあつては、名称)</p> <p>愛知県知事殿</p>				

愛知県収入証紙
を貼付します。

麻薬

者免許証再交付申請書

施用、管理、小売業、研究、卸売業 の別を記入します。

免許証の番号	第 号	免許 年月日	年 月 日
麻薬業務所	所在地		
	名称		
氏 名	以上について、免許証の記載どおりに記載します。 免許年月日は、有効期間の始期です。		
再交付の事由及び その年月日	事由から15日以内に提出してください。		

上記のとおり、免許証の再交付を申請します。

年 月 日

提出日を記入します。

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)

愛知県知事殿

麻薬

者役員変更届

免許の番号		第	号	免許年月日	年	月	日
麻薬業務所	所在地						
	名称						
変更年月日		年 月 日					
変更前							
変更後							
変更役員 の 業務 格 条 項 を 行	(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。						
	(2)罰金以上の刑に処せられたこと。						
	(3)薬事若しくは医事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと。						
備考							
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 〔 法人又は団体の主たる事務所の所在地 〕</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (法人又は団体の名称)</p> <p>愛知県知事殿</p>							

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 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 欠格条項の(1)欄から(3)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)欄にあつてはその理由及び年月日を、(2)欄にあつてはその罪、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つた場合はその年月日を、(3)欄にあつてはその事実及び年月日を記載すること。

別記第1号の2様式(第一条の四関係)

麻薬

者役員変更届

		小売業、卸売業 の別を記入します。		
免許の番号		第 号	免許年月日	年 月 日
麻薬業務所	所在地	提出先は、麻薬業務所を所轄する保健所（名古屋市内は医薬安全課）です。		
	名称			
変更年月日		年 月 日		
変更前		業務を行う役員全員を記載します。欄内に記入しきれない場合は、別紙を添付していただいても結構です。		
変更後				
変更役員 の 業 務 格 条 項 を 行	(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。	【備考3参照】 業務を行う役員について、該当なければ、各項目に「なし」などと記載します。		
	(2)罰金以上の刑に処せられたこと。			
	(3)薬事若しくは医事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと。			
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		提出日を記入します。		
		住 所 (法人又は団体の主たる事務所の所在地)		主たる事務所の所在地、法人名、代表者肩書き、代表者氏名を記載します。
		氏 名 (法人又は団体の名称)		
愛知県知事殿				

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 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 欠格条項の(1)欄から(3)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)欄にあつてはその理由及び年月日を、(2)欄にあつてはその罪、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)欄にあつてはその事実及び年月日を記載すること。

麻 薬 事 故 届

免許証の番号	第 号	免許年月日	年 月 日
免許の種類			
麻 薬 業務所	所在地		
	名 称		
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)			
<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;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 <small>(法人にあつては、主たる事務所の所在地)</small></p> <p style="text-align: center;">氏 名 <small>(法人にあつては、名 称)</small></p> <p>愛知県知事 殿</p>			

麻 薬 事 故 届

免許証の番号	第 号	免許年月日	年 月 日
免許の種類	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 以上の各欄は、麻薬管理者を設置している診療施設は「管理者」の免許について、その他の診療施設は「施用者」の免許について、研究者・営業者はそれぞれの免許について記載します。 免許年月日は、有効期間の始期です。 </div>		
麻薬業務所			
	所在地		
	名 称		
事故が生じた麻薬	品 名	数 量	
事故発生の状況 (事故発生日) (場所、事故の種類)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 欄内に記入しきれない場合は、別紙を添付していただいても結構です。 </div>		
上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> 年 月 日 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">提出日を記入します。</div> </div> 住 所 <small>(法人にあつては、主たる事務所の所在地)</small> 氏 名 <small>(法人にあつては、名 称)</small> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 届出者は、上に記入した免許を受けた方です。 法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人名、代表者職、代表者氏名を記載します。 </div>			
愛知県知事 殿			

麻 薬 廃 棄 届

免許証の番号	第 号	免許年月日	年 月 日
免許の種類		氏 名	
麻 薬 業務所	所在地		
	名 称		
廃棄しようとする 麻 薬	品 名	数 量	
廃棄の年月日			
廃棄の場所			
廃棄の方法			
廃棄の理由			
<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 (<small>法人にあっては、主たる事務所の所在地</small>)</p> <p style="text-align: center;">届出義務者続柄</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (<small>法人にあっては、 名 称</small>)</p> <p style="text-align: center;">愛知県知事 殿</p>			

麻 薬 廃 棄 届

免許証の番号	第 号	免許年月日	年 月 日
免許の種類		氏 名	
麻 薬 業務所	所在地 名 称	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 以上の欄は、麻薬管理者を設置している診療施設は「管理者」の免許について、その他の診療施設は「施用者」の免許について、研究者・営業者はそれぞれの免許について記載します。 </div>	
廃棄しようとする 麻 薬	品 名	数 量	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 【品名】 局方品：局方名又は局方別名、局外品：一般名又は商品名 【数量】 原末・散剤・軟膏 g 錠剤・カプセル剤・スティック剤 錠（又はT, Cap, 包） 注射剤・液剤 A（又はmL, V） 坐剤 個 その他特殊な剤形 （数量が特定できる表現） </div>		
廃棄の年月日			
廃棄の場所	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 提出場所に御相談の上、御記入ください。 </div>		
廃棄の方法			
廃棄の理由			
<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>住 所（<small>法人にあっては、主たる事務所の所在地</small>）</p> <p>届出義務者続柄</p> <p>氏 名（<small>法人にあっては、名称</small>）</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">愛知県知事 殿</p>			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 届出者は、診療施設開設者、研究施設設置者、営業者です（国、地方公共団体、法人の場合は、当該麻薬業務所の長で構いません）。法人が届け出る場合は、主たる事務所の所在地、法人名、代表者職、代表者氏名を記載します。業務所の長が届け出る場合は、業務所の所在地、長の職名、氏名（法人の場合は、名称、長の職名、氏名）を記載します。 （平成12年3月31日付医薬発第371号通知） </div>			

調 剤 済 麻 薬 廃 棄 届

免許証の番号	第 号	免許年月日	年 月 日	
免許の種類		氏 名		
麻 薬 業務所	所在地			
	名 称			
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				
<p>上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 (<small>法人にあっては、主たる事務所の所在地</small>)</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (<small>法人にあっては、 名 称</small>)</p> <p>愛知県知事 殿</p>				

調 剤 済 麻 薬 廃 棄 届

免許証の番号	第 号	免許年月日	年 月 日
免許の種類		氏 名	
麻 薬 業務所	所在地	以上の各欄は、麻薬管理者を設置している診療施設は「管理者」の免許について、その他の診療施設は「施用者」の免許について、研究者・営業者はそれぞれの免許について記載します。	
	名 称		
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	欄内に記入しきれない場合は、別紙を添付していただいても結構です。		
廃棄の理由			
<p>上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 提出日を記入します。</p> <p style="text-align: center;">住 所 (<small>法人にあっては、主たる事務所の所在地</small>)</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (<small>法人にあっては、名 称</small>)</p> <p style="text-align: center;">愛知県知事 殿</p>			
<p>届出者は、麻薬小売業者又は診療施設開設者です（国、地方公共団体、法人の場合は、当該麻薬業務所の長で構いません）。</p> <p>法人が届け出る場合は、主たる事務所の所在地、法人名、代表者職、代表者氏名を記載します。</p> <p>業務所の長が届け出る場合は、業務所の所在地、長の職名、氏名（法人の場合は、名称、長の職名、氏名）を記載します。</p> <p style="text-align: center;">（平成12年3月31日付医薬発第371号通知）</p>			

麻 薬 中 毒 者 診 断 届

年 月 日

愛 知 県 知 事 殿

住 所

氏 名

下記のとおり麻薬中毒者について届け出ます。

氏 名		性別		年 月 日生
住 所				
診 断 年 月 日	年 月 日	職 業		国 籍
麻薬中毒症状 の 概 要				
原疾病治療のため麻薬中毒になった者については下欄も記入すること。				
原 疾 患	病 名			
	症 状			
使 用 麻 薬 名			一 日 施 用 量	
この届書を提出 した日までの 使 用 量	年 月 日から	年 月 日まで		

備考 届出者の住所については、その届出者が病院又は診療所で診療に従事しているときは、当該病院又は診療所の名称及び所在地を記載すること。

麻薬中毒者転帰届

年 月 日

愛知県知事殿

住所

氏名

年 月 日付で届けました下記の者は

死 亡

年 月 日 治 癒 しましたのでお届けします。

その他 ()

氏名	性別	年 月 日生
住所		
使用麻薬名および麻薬中毒者 診断届提出後の使用麻薬数量	品名	グラム・本
転帰後の居住先		
転医後の病院、診療所の 所在地 名称		
備考		

- 備考 1 届出者の住所については、その届出者が病院又は診療所で診療に従事しているときは、当該病院又は診療所の名称及び所在地を記載すること。
- 2 届出者の住所が名古屋市以外の者にあつては、所轄保健所へ2部、名古屋市内の者にあつては医薬安全課へ1部提出すること。

麻薬譲渡許可申請書

譲 渡 人	免許証の番号		第 号	免許年月日	年 月 日	
	免許の種類					
	麻薬業務所	所在地				
		名称				
譲り渡そうとする麻薬			品名	容量	筒数	数量
譲 渡 先	免許証の番号		第 号	免許年月日	年 月 日	
	免許の種類					
	麻薬業務所	所在地				
		名称				
	氏 名 (法人にあつては、名称)					
譲 渡 し の 理 由						
<p style="text-align: center;">上記のとおり、麻薬を譲り渡したいので申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)</p> <p style="text-align: right;">氏 名 (法人にあつては、名称)</p> <p style="text-align: left;">東海北陸厚生局長 殿</p>						

(注意)

用紙の大きさは、A4 とすること。

年間麻薬譲渡・譲受届

年 月 日

愛知県知事殿

麻薬所在地
業務所名称
免許証の番号 麻薬者第 号

氏 名
(名称および代表者の氏名)

下記のとおり 年の麻薬の譲渡し・譲受け等について届け出ます。

品 名	前年10月1日の在庫数量	受 入 数 量	払 出 数 量	本年9月30日の在庫数量	備 考

備考 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。
 2 リン酸コデイン等の予製剤については、本年9月30日現在の所有数量を備考欄に記載すること。

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。

年 月 日

譲渡人・譲渡先	①	麻薬業務所	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	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	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）	
代表者の氏名（法人にあつては、名称）				
備考（担当者連絡先）				

愛知県知事

殿

（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、別紙に記載すること。

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。

年 月 日

提出日を記入します。

譲渡人・譲渡先	①	麻薬業務所	所在地	麻薬小売業者免許証の所在地、名称を記入してください。
			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）	法人の場合は名称、代表者職、代表者氏名となります。
	②	麻薬業務所	所在地	麻薬小売業者の免許ごとに記載し、すべての申請者の記載が必要です。
			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）	共同して許可を受けようとする麻薬小売業者の数が多く、欄が不足する場合は別紙に記載し、許可申請書に添付してください。
	③	麻薬業務所	所在地	空欄には、斜線を引いてください。
			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）	麻薬小売業者を代表する者を置く場合は、その氏名（法人の場合は名称、代表者職、代表者氏名）を記入してください。	
代表者の氏名（法人にあつては、名称）				
備考（担当者連絡先）			担当者の連絡先を記入します。	

愛知県知事

殿

（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、別紙に記載すること。

(別紙)

譲渡人・譲渡先	①	麻薬業務所	所在地	
			名称	
		申請者	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)	
	②	麻薬業務所	所在地	
			名称	
		申請者	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)	
	③	麻薬業務所	所在地	
			名称	
		申請者	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)	
	④	麻薬業務所	所在地	
			名称	
		申請者	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)	

- (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

(別紙)

譲渡人・譲渡先	①	麻薬業務所	所在地	麻薬小売業者免許証の所在地、 名称を記入してください。
			名称	
		申請者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)	法人の場合は名称、代表者職、代表者氏名となります。
			氏名(法人にあっては、名称)	
	②	麻薬業務所	所在地	
			名称	
		申請者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)	空欄には、斜線を引いてください。
			氏名(法人にあっては、名称)	
	③	麻薬業務所	所在地	
			名称	
		申請者	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)	
④	麻薬業務所	所在地		
		名称		
	申請者	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)		

(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

別記第10号の3様式（第九条の二関係）

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
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。			
<p>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。</p> <p>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>愛知県知事 殿</p>			
備考（担当者連絡先）			

（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全てを記載することができないときは、別紙に記載すること。
- 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変更届

許可年月日	許可年月日は譲渡許可期間の始期です。		許可番号	
変更前	麻薬業務所	所在地 名称	麻薬小売業者免許証の所在地、名称を記入してください。	
	住所	法人にあつては、主たる事務所の所在地	法人の場合は名称、代表者職及び代表者氏名となります。	
	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	事由発生から速やかに提出してください。	
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	提出日を記入します。			
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）	共同して、届出を行う場合、すべての許可業者の記載が必要です。許可業者の数が多く、欄が不足する場合は別紙に記載し、届出に添付してください。麻薬小売業者を代表する者が届出の場合は同意欄にチェックのうえ、代表する者の氏名、住所及び麻薬業務所名称（複数ある場合は全て）を記載してください。			
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）	法人の場合は名称、代表者職及び代表者氏名となります。			
愛知県知事	殿			
備考（担当者連絡先）				

(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全てを記載することができないときは、別紙に記載すること。
- 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。

(別紙)

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、A4 とすること。

(別紙)

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）

法人の場合は名称、代表者職、代表者氏名となります。

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）

空欄には、斜線を引いてください。

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、A4 とすること。

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
追加する麻薬小売業者	麻薬業務所		所在地
			名称
	住所	法人にあつては、主たる事務所の所在地	
	氏名	法人にあつては、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ので届け出ます。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つて、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、その残部であつて、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>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>愛知県知事 殿</p>			
備考（担当者連絡先）			

(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全てを記載することができないときは、別紙に記載すること。
- 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を記入した上で、届出者欄についても必要事項を記入すること。
- 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、必要事項を記入すること。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	許可年月日は譲渡許可期間の始期です。		許可番号
追加する麻薬小売業者	麻薬業務所名称	名称	麻薬小売業者免許証の所在地、名称を記入してください。
	住所	法人にあつては、主たる事務所の所在地	法人の場合は名称、代表者職、代表者氏名となります。
	氏名	法人にあつては、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ので届け出ます。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つて、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、その残部であつて、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>年 月 日 提出日を記入します。</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）</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）</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）</p> <p>氏名（法人にあつては、名称）</p> <p>愛知県知事 殿</p> <p>備考（担当者連絡先）</p> <p>担当者の連絡先を記入します。</p>			

(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全てを記載することができないときは、別紙に記載すること。
- 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を記入した上で、届出者欄についても必要事項を記入すること。
- 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、必要事項を記入すること。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		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>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>愛知県知事 殿</p>				
		担当者連絡先		

- 備考 1 用紙の大きさは、日本産業規格 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		第 号	許可年月日	年 月 日
麻薬 業務 所	所在地	許可年月日は許可期間の始期です。		
	名称			
再交付の事由及びその年月日		事由発生から速やかに提出してください。		
<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>年 月 日 提出日を記入します。</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>愛知県知事 殿</p>				
		担当者連絡先	担当者の連絡先を記入します。	

- 備考 1 用紙の大きさは、日本産業規格 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	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 style="text-align: center;">愛知県知事 殿</p>			
		担当者連絡先	

- 備考 1 用紙の大きさは、日本産業規格 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、別紙に記載すること。

麻薬小売業者間譲渡許可書返納届

許可番号	第 号	許可年月日	年 月 日
		許可年月日は譲渡許可期間の始期です。	
返納の事由	事由発生から速やかに提出してください。		
上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可書を返納します。			
		年 月 日	提出日を記入します。
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）		届け出るすべての許可業者の記載が必要です。 許可業者の数が多く、欄が不足する場合は別紙に記載し、届出に添付してください。	
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）		法人の場合は名称、代表者職及び代表者氏名となります。	
愛知県知事 殿			
		担当者連絡先	担当者の連絡先を記入します。

- 備考 1 用紙の大きさは、日本産業規格 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、別紙に記載すること。

(別紙様式 1)

麻薬譲受確認書		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				
	名称			印	
品名	容量	筒数	数	備量	考

(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つ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印とすること。
- 5 備考に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、ロどちらかに該当する譲受であるか記載すること。
- 6 備考に製品番号を記載すること。

(別紙様式2)

麻薬譲渡確認書							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					備考		
		名称							
麻薬を譲受する麻薬小売業者の麻薬業務所		所在地					備考		
		名称							
品名	容量	筒量	数	数	筒量	備考			

(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印とすること。
- 4 備考に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記載すること。
- 5 備考に製品番号を記載すること。

麻薬の購入における一般的注意事項

1 免許

- ① 麻薬の購入には、医療機関にあつては「麻薬管理者免許」(麻薬管理者のいない施設にあつては「麻薬施用者免許」)、また、薬局にあつては「麻薬小売業者免許」が必要です。
- ② 麻薬の購入先は、同一県内の麻薬卸売業者に限られています。
- ③ 速やかに麻薬の譲り受けができるよう、麻薬卸売業者から譲受人の免許の確認のため麻薬免許証の写し(コピー)を求められることがありますので、協力してください。
- ④ 譲受人の免許の記載事項に変更が生じた時は、法律に基づき記載事項の変更手続きを行わなければなりません。麻薬の購入に支障をきたさないよう、その旨を譲渡人に連絡することが望まれます。

2 麻薬譲受証の記載上の注意事項

- ① 麻薬卸売業者より麻薬を譲り受ける場合には、麻薬譲渡証及び麻薬譲受証の交換が必要です。麻薬譲受証をあらかじめ麻薬卸売業者に交付するか、あるいは同時交換でなければ麻薬を受け取ることはできませんので、注意が必要です。麻薬譲受証は医療機関、薬局側の責任で作成する必要があります。
- ② 麻薬譲受証の余白の部分は、斜線を引くか又は「以下余白」と記載し、追記できないようにしてください。
- ③ 麻薬譲受証に使用する「譲受人の印」及び「免許者の印」は、特別な事情がない限り毎回同じ印を使用してください。

譲受人の印

医療機関:法人の場合には、代表者印又は麻薬診療施設の長の印あるいは麻薬専用印を使用してください。

薬 局:法人の場合には、代表者印又は麻薬専用印を使用してください。

(麻薬専用印)

他の用務の印と併用はできません。但し、覚醒剤原料については併用しても差し支えありません。その場合は麻薬のみの文字が入った印は使用できませんので、例えば、「麻薬及び覚醒剤原料専用」の文字の入った印を使用します。

- ④ 麻薬譲受証に記載した事項を訂正する場合には、譲受人の欄に押印した印と同じ印を使用してください。
- ⑤ 麻薬譲受証の記載方法については、次ページ以降の記載例を参考にしてください。

3 その他

- ① 譲り受けた麻薬の返品及び交換はできません。
- ② 東海北陸厚生局長の許可又は愛知県知事の麻薬小売業者間譲渡許可を受けた場合以外は、同一開設者が開設する麻薬診療所又は麻薬小売業者間においても麻薬の受け渡しをすることはできません。
- ③ 麻薬の譲渡・譲受の際、両者が立ち会いのもと破損等を発見した場合は、麻薬譲渡証を返し、麻薬卸売業者から麻薬譲受証の返納を受け、対象となった麻薬を麻薬卸売業者が持ち帰ることになります。この際、麻薬事故届は、麻薬卸売業者が提出することになります。

医療機関(官公立)

No.

麻 薬 譲 受 証				
譲受人の免許証の番号		第 号	譲受人の免許の種類	麻薬
譲受人の氏名 (法人にあつては、名称)		名古屋市立 △△病院 院長 伊藤 太郎		
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	麻薬 管理者 医安第○○○○号	氏 名	鈴木 一郎
	所在地	名古屋市○○区△△町××番地		
麻薬業務所	名 称	△ △ 病 院		
品 名	容 量	個 数	数 量	備 考
MSコンチン錠 10mg	PTP 100T	1	100T	
(注 意)				
1 用紙の大きさは、A4とすること。		令和 年 月 日 受理 (譲受証)		
2 余白には、斜線を引くこと。		令和 年 月 日 譲渡 (麻 薬)		

は施設長印または
管理者の個人印
(毎回同じ印)



譲受人の氏名：施設名(名古屋市立 △△病院)、当該麻薬施設長(医療法上の管理者)の職名(院長)
氏名(伊藤太郎)

譲受人の押印：当該麻薬診療施設長の公印(又は公印に準ずるもの)もしくは麻薬専用印を使用
管理者の個人の印は毎回同じ印を使用 *スタンプ印は不可

麻薬業務所 : 麻薬診療施設の所在地、名称

麻薬専用印の例

麻薬と覚醒剤原料を兼用する専用印の例



医療機関(法人・管理者)

No. 法人の病院、診療所で麻薬施用者が2人以上の場合

麻 薬 譲 受 証					令和 ○○年 ○○月 ○○日
譲受人の免許証の番号	第	号	譲受人の免許の種類	麻薬	者
譲受人の氏名 (法人にあつては、名称)	医療法人○○会 △△病院		理事長	加藤 太郎	
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	麻薬 管理者 医安第○○○○号	氏 名	鈴木 一郎	
麻薬業務所	所在地	名古屋市○○区△△町××番地			
	名称	△ △ 病 院			
品 名	容 量	個 数	数 量	備 考	
MS コンチン錠 10mg	PTP 100T	1	100T		
(注 意)					
1 用紙の大きさは、A4とすること。			令和 年 月 日 受理 (譲受証)		
2 余白には、斜線を引くこと。			令和 年 月 日 譲渡 (麻 薬)		
※交付を受けた日から2年間保存すること。					

は代表者印または
管理者の個人印
(毎回の同じ印)

譲受人の氏名：法人名（医療法人○○会 △△病院）、代表者職名（理事長）、代表者名（加藤太郎）

譲受人の押印：代表者の印、もしくは麻薬専用印を使用

管理者の個人印は毎回同じ印を使用 *スタンプ印は不可

麻薬業務所 : 麻薬診療施設の所在地、名称

麻薬専用印の例

麻薬と覚醒剤原料を兼用する専用印の例



医療機関(法人・施業者)

No. 法人の病院、診療所で麻薬施業者が1人の場合

麻 薬 譲 受 証					令和 ○○年 ○○月 ○○日
譲受人の免許証の番号	第	号	譲受人の免許の種類	麻薬	者
譲受人の氏名 (法人にあつては、名称)	医療法人○○会 △△病院		理事長	斉藤 太郎	
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、麻薬施業者、麻薬研究者	免許証の番号	麻薬施業者 医安第○○○○号	氏名	鈴木 一郎	
麻薬業務所	所在地	名古屋市○○区△△町××番地			
	名称	△△病院			
品名	容量	個数	数量	備考	
MS コンチン錠 10mg	PTP 100T	1	100T		
(注 意)					
1 用紙の大きさは、A4とすること。			令和 年 月 日 受理(譲受証)		
2 余白には、斜線を引くこと。			令和 年 月 日 譲渡(麻薬)		
※交付を受けた日から2年間保存すること。					

は代表者印または施業者の個人印(毎回の同じ印)

譲受人の氏名：法人名（医療法人○○会 △△病院）、代表者職名（理事長）、代表者名（斉藤太郎）

譲受人の押印：代表者の印、もしくは麻薬専用印を使用

施業者の個人印は毎回同じ印を使用 *スタンプ印は不可

麻薬業務所：麻薬診療施設の所在地、名称



麻薬専用印の例

麻薬と覚醒剤原料を兼用する専用印の例



医療機関(個人・管理者)

No. 個人の病院、診療所で麻薬施用者が2人以上の場合

麻 薬 譲 受 証					令和 ○○年 ○○月 ○○日
譲受人の免許証の番号	第 号	譲受人の免許の種類	麻 薬 者		
譲受人の氏名 (法人にあつては、名称)	佐藤 太郎				
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	麻薬 管 理 者 医安第○○○○号	氏 名	鈴木 一郎 	
	所在地	名古屋市○○区△△町××番地			
麻薬業務所	名 称	△ △ 医 院			
品 名	容 量	個 数	数 量	備 考	
MS コンチン錠 10mg	PTP 100T	1	100T		
(斜線引く)					

管理者の個人印
(毎回同じ印)

(注 意) 令和 年 月 日 受理 (譲受証)
 1 用紙の大きさは、A4とすること。 令和 年 月 日 譲渡 (麻 薬)
 2 余白には、斜線を引くこと。
 ※交付を受けた日から2年間保存すること。

譲受人の氏名：開設者 (佐藤 太郎)

譲受人の押印：開設者の個人の印は毎回同じ印を使用 *スタンプ印は不可

管理者の個人の印は毎回同じ印を使用 *スタンプ印は不可

麻薬業務所 : 麻薬診療施設の所在地、名称

医療機関(個人・施業者)

No. 個人の病院、診療所で麻薬施業者が1人の場合

麻 薬 譲 受 証					令和 ○○年 ○○月 ○○日
譲受人の免許証の番号	第	号	譲受人の免許の種類	麻薬	者
譲受人の氏名 (法人にあっては、名称)	鈴木 一郎				
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、麻薬施業者、麻薬研究者	免許証の番号	麻薬施業者 医安第○○○○号	氏名	鈴木 一郎	
麻薬業務所	所在地	名古屋市○○区△△町××番地			
	名称	△△医院			
品名	容量	個数	数量	備考	
MSコンチン錠 10mg	PTP 100T	1	100T		
(注 意)					
1 用紙の大きさは、A4とすること。		令和	年	月	日 受理 (譲受証)
2 余白には、斜線を引くこと。		令和	年	月	日 譲渡 (麻薬)
※交付を受けた日から2年間保存すること。					

施業者の個人印 (毎回の個人印)

譲受人の氏名：開設者 (鈴木 一郎)


譲受人の押印：開設者の個人印は毎回同じ印を使用 *スタンプ印は不可

施業者の個人印は毎回同じ印を使用 *スタンプ印は不可

麻薬業務所 : 麻薬診療施設の所在地、名称

薬局(法人)

No.

麻 薬 譲 受 証					令和 ○○年 ○○月 ○○日
譲受人の免許証の番号	医安 第 ○○○○○○ 号		譲受人の免許の種類	麻薬 小売業 者	
譲受人の氏名 (法人にあつては、名称)	株式会社 ○○薬局		代表取締役	鈴木 一郎	
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	麻薬 第 号	氏 名		
	所在地	名古屋市○○区△△町××番地			
麻薬業務所	所在地	名古屋市○○区△△町××番地			
	名称	○○薬局			
品 名	容 量	個 数	数 量	備 考	
MS コンチン錠 10mg	PTP 100T	1	100T		
(注 意)					
1 用紙の大きさは、A4とすること。			令和 年 月 日 受理 (譲受証)		
2 余白には、斜線を引くこと。			令和 年 月 日 譲渡 (麻 薬)		
※交付を受けた日から2年間保存すること。					

は代表者印または
専印

譲受人の氏名：法人名（株式会社○○薬局）、代表者職名（代表取締役）、代表者名（鈴木一郎）

譲受人の押印：代表者の印、もしくは麻薬専用印を使用

麻薬業務所：薬局の所在地、名称

麻薬専用印の例

麻薬と覚醒剤原料を兼用する専用印の例



