

県 証 紙
 貼 付

麻 薬 管 理 者 免 許 申 請 書

施 用 施 用 者

麻 薬 業 務 所	所在地	〒		
	名 称			
麻薬施用者又は麻薬研究者にあつては、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			
許 可 又 は 免 許 の 番 号 (免許番号は、医師・歯科医師・獣医師又は薬剤師の免許の登録番号です。)		第 号	許可又は 免 許 の 年 月 日	年 月 日
申 請 者 (法 人 に あ つ て は 、 そ の 業 務 を 行 な 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。	なし ・ あり		
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。	なし ・ あり		
	(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事。	なし ・ あり		
備 考	新規・継続の別	新規・継続 (現有する麻薬免許番号：第 号)		
	主たる麻薬業務所における他の麻薬取扱者	いる ・ いない	従たる麻薬業務所における他の麻薬取扱者	いる ・ いない
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 奈 良 県 知 事 殿				

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日	年 月 日	年 齡	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</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			

麻 薬 者 業 務 廃 止 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				
業務廃止の事由及びその年月日		退 職 ・ 不 要 ・ 異 動 ・ 死 亡 その他 () のため 年 月 日		
上記のとおり、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 届出義務者続柄 氏 名 奈 良 県 知 事 殿				

(注意) 1. 本人による届出の場合は、届出義務者続柄の欄を空白とすること。

2. 届出時は、麻薬取扱者免許証の原本を添付すること。

麻薬 管理 者免許証返納届
施用 施用

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			
免許証返納事由 及びその年月日	有効期間満了のため 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 住 所 氏 名 奈良県知事 殿			

別記第5号様式(第五条関係)

管理

麻薬 施用 者免許証記載事項変更届

免許証番号		第 号	免許年月日	年 月 日
変更すべき事項		麻薬業務所 ・ 住所 ・ 氏名 ・ 従たる施設		
変更前	麻薬業務所	所在地		
		名称		
	氏名			
	住所			
	従たる施設	所在地		
名称				
変更後	麻薬業務所	所在地		
		名称		
	氏名			
	住所			
	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	
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。 年 月 日 住所 氏名 奈良県知事 殿				

(注) 変更前の欄及び変更後の欄には、該当する事項についてのみ記載すること

県 証 紙
貼 付

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	年 月 日			
上記のとおり、免許証の再交付を申請します。				
年 月 日				
(法人にあつては、主たる事務所の所在地) 住 所				
(法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 氏 名				
奈 良 県 知 事 殿				

(注意) 棄損した場合は、棄損した麻薬取扱者免許証の原本を添付すること。

麻薬所有量届

免許証の番号		第	号	免許年月日	年 月 日
免許の種類		麻 薬 者			
麻 薬 業 務 所	所在地				
	名 称				
届出の理由					
発生年月日		年 月 日			
所 有 す る 麻 薬	品 名	数 量	製 品 番 号	備 考	
残余麻薬の処置		譲渡・廃棄・その他（ ）予定			
備考					
<p style="text-align: center;">上記のとおり、麻薬及び向精神薬取締法第36条第1項の規定により届け出ます。</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;">届出義務者続柄</p> <p style="text-align: center;">氏 名 （法人にあっては、名称）</p> <p style="text-align: center;">奈 良 県 知 事 殿</p>					

(注意) 1. 届出の生じた日から15日以内に届出ること。

2. 届出期間内に届出出来なかった場合は、その理由を備考欄に記載すること。

麻薬譲渡届

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 者	廃止年月日	年 月 日	
	管理者氏名				
	麻薬業務所	所在地			
		名称			
	譲渡年月日		年 月 日		
	届出の事由				
譲り渡した麻薬	品名	数量	製品番号	備考	
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 者			
	管理者氏名				
	麻薬業務所	所在地			
		名称			
	開設者氏名				
<p>上記のとおり、麻薬及び向精神薬取締法第36条第3項の規定により届け出ます。</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;">氏 名 (法人にあっては、名称)</p> <p style="text-align: center;">奈良県知事 殿</p>					

(注意) 届出の生じた日から15日以内に届出ること。

麻 薬 讓 受 証

年 月 日

讓受人の免許証の番号	第 号	讓受人の免許の種類	麻 薬 者		
讓受人の氏名（法人にあつては、名称）		㊟			
讓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。

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	麻薬者
譲渡人の氏名（法人にあつては、名称）		⑩		
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。

別記第11号様式(第十条関係)

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						
上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。						
年 月 日						
住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)						
届出義務者続柄						
氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)						
奈 良 県 知 事 殿						

(注意) 届出時は、廃棄の年月日、廃棄の場所、廃棄の方法の欄を空白とすること。

調剤済麻薬廃棄届

麻薬取扱者 免許証の番号	第	号	麻薬取扱者 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						
上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。						
年 月 日						
(法人にあっては、主たる事務所の所在地)						
住所						
(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)						
氏名						
奈良県知事 殿						

(注意) 届出事由が生じた日から30日以内に届出ること。

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 者					
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</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">奈 良 県 知 事 殿</p>							

<記載説明>

本届は、麻薬及び向精神薬取締法第48条の規定により麻薬管理者（麻薬管理者のいない施設においては麻薬施用者）及び麻薬小売業者、麻薬研究者が、毎年11月30日までに提出する必要があります。

☆ 品 名 欄 …… 同じ品名のものであっても剤型及び含有量（規格）が異なれば別品目として記載して下さい。

☆ 単 位 欄 …… A（注射剤）、T（錠剤）、g（粉末）、個（坐剤）、ml（液剤）、包（内服液等）の別を記入して下さい。

☆ 期初在庫数量欄 …… 前年10月1日に所有した数量（前年提出の期末在庫数）を記入して下さい。

☆ 受 入 数 量 欄 …… 前年10月1日から本年9月30日の間に麻薬卸売業者から購入した数量を記入して下さい。
外来又は入院患者等から返納された又は譲り受けた麻薬の数量は（ ）で別掲して下さい。

☆ 払 出 数 量 欄 …… 前年10月1日から本年9月30日の間に施用又は、施用のため交付した数量及び患者等へ譲り渡した数量を記入して下さい。

☆ 期末在庫数量欄 …… 本年9月30日現在の在庫数量を記入して下さい。

☆ 備 考 欄 …… 入院患者から譲り受け再使用した数量、麻薬廃棄届を提出し廃棄した数量、事故にあった数量を記入して下さい。

※ 1年間使用又は所有しなかった場合でもその旨報告して下さい。
（品名欄に”該当なし”と記入して下さい。）

※ 記載の方法で疑義のあるときは、奈良県福祉医療部医療政策局薬務課まで問い合わせして下さい。

TEL 0742-27-8664