

県 証 紙
貼 付

麻 薬 小 売 業 者 免 許 申 請 書

捨 印

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 (薬局開設許可証の許可番号及び年月日)		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 その業務を行う役員 を含む）の 欠格事項	法第51条第1項の規定に (1)より免許を取り消され たこと。			
	罰金以上の刑に処せら (2)れたこと。			
	医事又は薬事に関する (3)法令又はこれに基づく 処分に違反したこと。			
	後見開始の審判を受け (4)ていること。			
備 考				
<p style="text-align: center;">上記のとおり、免許を受けたいので申請します。</p> <p style="text-align: center;">平成 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>				

(注意) 許可又は免許の番号の欄には、薬局開設許可証の許可番号を記載すること。

診 断 書

氏 名		性 別	男・女
生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日	年 令	才

上記の者について、下記のとおり診断します。

1. 精神機能の障害（□にチェックを付けて下さい）

- 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下さい。）

2. 麻薬若しくは覚せい剤の中毒者でない。

診断年月日	平成 年 月 日
-------	----------

<p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">医師の氏名</p>	<p>印</p>
--	----------

麻 薬 者 業 務 廃 止 届

捨印

麻 薬 取 扱 者 免 許 証 の 番 号		第 号	麻 薬 取 扱 者 免 許 年 月 日	平 成 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 用 ・ 死 亡 ・ そ の 他 () の た め 平 成 年 月 日		
<p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>届出義務者続柄</p> <p>氏 名 ㊟</p> <p>奈 良 県 知 事 殿</p>				

(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。

麻薬小売業者免許証返納届

捨印

免許証の番号		第 号	免許年月日	平成 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		有効期間満了のため 平成 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>平成 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>奈良県知事 殿</p>				

(注意) 免許証の番号の欄には、麻薬小売業者免許証の番号及び年月日を記入して下さい。

麻 薬 所 有 量 届

捨 印

麻 薬 取 扱 者 免 許 証 の 番 号		第 号	麻 薬 取 扱 者 免 許 年 月 日	平 成 年 月 日
免 許 の 種 類		麻 薬 者		
麻 薬 業 務 所	所 在 地			
	名 称			
届 出 の 事 由				
発 生 年 月 日		平 成 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>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>平成 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>届出義務者続柄</p> <p>氏 名 (法人にあつては、名称)</p> <p style="text-align: right;">⑩</p> <p>奈 良 県 知 事 殿</p>				

(注意)

- 1 届出事由が生じた日から15日以内に届出ること。
- 2 届出者は開設者について記載すること。

麻 薬 譲 渡 届

捨 印

譲 渡 人	麻 薬 取 扱 者 号 免 許 証 の 番 号	第 号	麻薬取扱者 免許年月日	平成 年 月 日	
	免 許 の 種 類	麻薬 者	廃止年月日	平成 年 月 日	
	麻薬業務所	所 在 地			
		名 称			
	譲 渡 年 月 日	平成 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	麻 薬 取 扱 者 号 免 許 証 の 番 号	第 号	麻薬取扱者 免許年月日	平成 年 月 日	
	免 許 の 種 類	麻 薬 者			
	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>平成 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>奈良県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>					

(注意)

- 1 届出事由が生じた日から15日以内に届出ること。
- 2 届出者は開設者について記載すること。

麻薬 者免許証記載事項変更届

捨印

麻薬取扱者 免許証の番号		第 号	麻薬取扱者 免許年月日	平成 年 月 日
変更すべき事項				
変更前	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			平成 年 月 日	
<p>上記のとおり、免許証の記載事項に変更が生じたので免許証を添えて届け出ます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>氏名</p> <p>奈良県知事 殿</p>				

(注意)

- 1 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。
- 2 届出時は、麻薬取扱者免許証の原本を添付すること。

県 証 紙
 貼 付

麻 薬 者 免 許 証 再 交 付 申 請 書

捨 印

麻 薬 取 扱 者 免 許 証 の 番 号	第 号	麻 薬 取 扱 者 免 許 年 月 日	平 成 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	平 成 年 月 日		
<p style="text-align: center;">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;">平 成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">①</p> <p style="text-align: center;">奈 良 県 知 事 殿</p>			

(注意)

- 1 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 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	平成 年 月 日
免 許 の 種 類	麻 薬 者	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>平成 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>届出義務者続柄</p> <p>氏 名 (法人にあつては、名称)</p> <p style="text-align: right;">⑨</p> <p>奈 良 県 知 事 殿</p>			

(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	平成 年 月 日	
免許の種類		麻薬者	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>平成 年 月 日</p> <p>住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)</p> <p>氏 名 (法人にあっては、名称)</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>奈良県知事 殿</p>					

(注意)

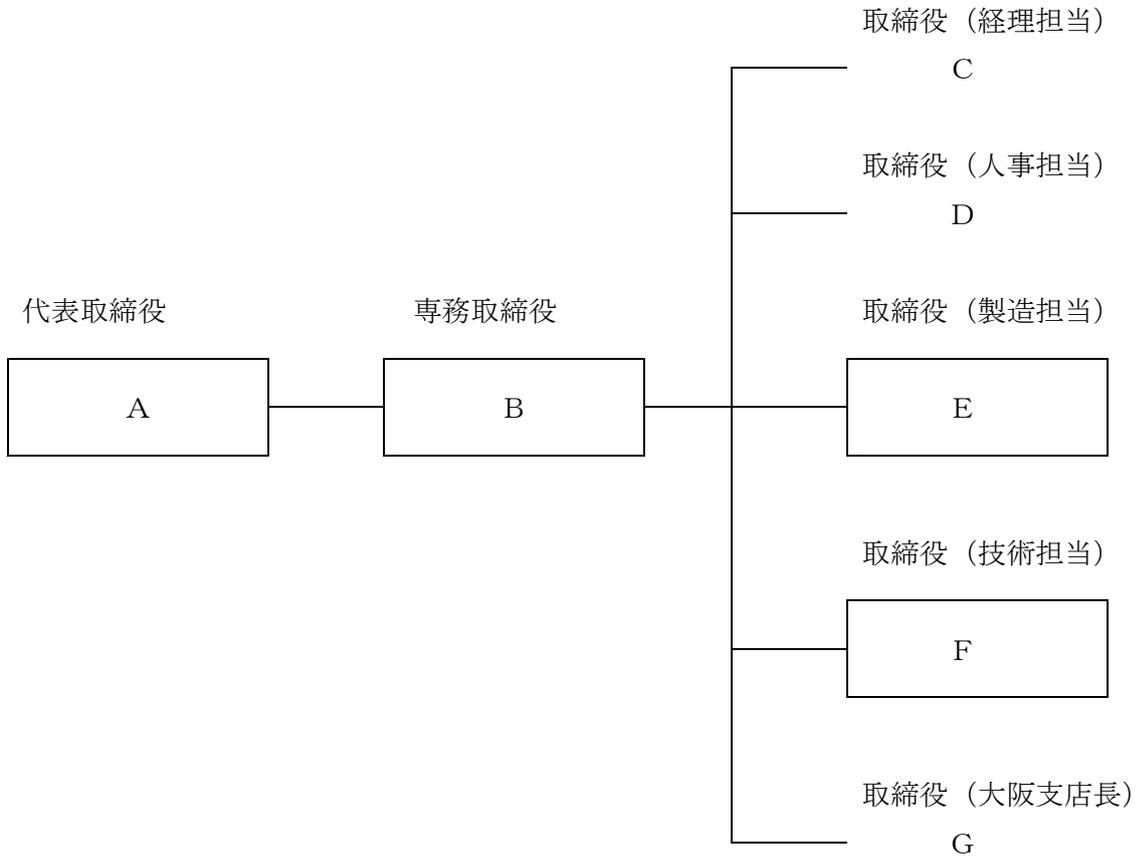
- 届出事由が生じた日から30日以内に届出ること。

<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、奈良県医療政策部薬務課 薬物監視係まで問い合わせして下さい。
TEL 0742-22-1101（内線）3175

事務分掌表



内が麻薬関係業務を行う役員であることを証明します。

平成 年 月 日

奈良県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
〇〇〇〇株式会社
代表取締役 〇〇〇〇 印

麻薬保管庫の概要

業務所	所在地			
	名称			
保管庫	高さ	c m	重量	K g
	幅	c m	固定の有無	有 ・ 無
	奥行	c m	鍵の種類	ダイヤル・シリンダー・その他 ()
保管場所の平面図				