

別記第1号様式

麻薬（卸売業・小売業）者免許申請書

※この欄は記入しないこと

麻薬業務所	所在地			
	名称			
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			
薬局（卸売販売業）許可の番号	種別第	号	許可の日 年 月 日	年 月 日
申請者（含む。その業務を法人にあっては、役員を） （法人にあっては、役員を）	(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。			
	(4) 後見開始の審判を受けていること。			
備考	1 新規	2 継続	（麻薬免許番号 号）	
<p>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;">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: right;">印</p> <p>福岡県知事 殿</p>				

(注 意)

- (1) 用紙の大きさは、日本産業規格 A4 とする。
- (2) 許可の番号欄には、医薬品医療機器等法の規定による許可証の番号を記載すること。
- (3) 欠格条項の(1)欄から(4)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)欄にはその理由及び年月日を、(2)欄にはその罪、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)欄にはその違反の事実及び年月日を、(4)欄には「ある」と記載すること。

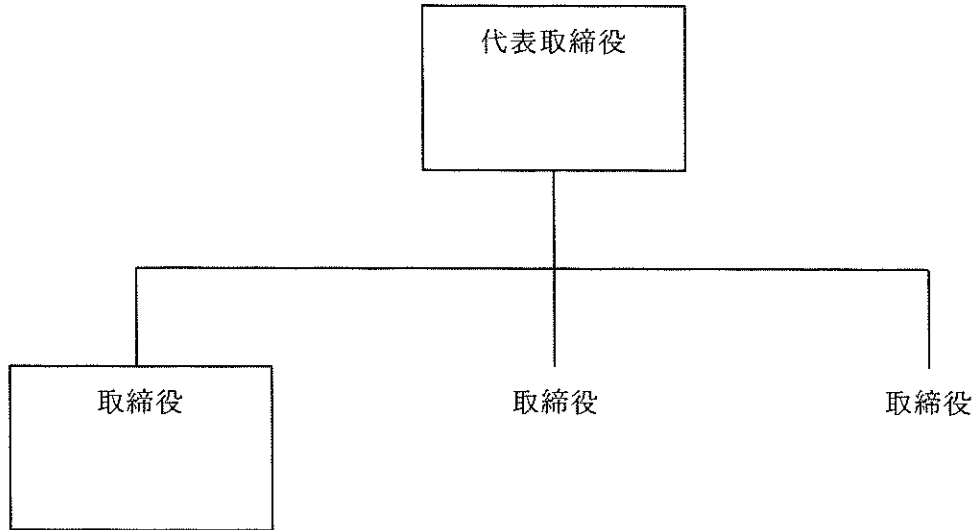
診 断 書

氏 名			
生年月日	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 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）			

2 麻薬中毒者又は覚せい剤の中毒者 <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり			
診断年月日	年 月 日	※詳細については別紙も可	
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健施 設等の名称、 所在地	TEL	
	氏 名	印	

免許証の照合欄（新規で原本提示の場合のみ）	
免許の番号及び年月日については、原本と相違ありません。	
年 月 日	
保健（福祉（環境）事務）所係員	職名
	氏名
	印

組織規定図



内が麻薬及び向精神薬取締法の免許にかかる業務を行う
役員である。

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

主たる事務所の
所在地

法人の名称及び
代表者の氏名

印



捨印

記載例

麻薬（卸売業・**小売業**）者免許申請書

麻薬業務所	所在地	大野城市白木原〇△-□		
	名称	福岡薬局〇〇店		
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	薬局許可の有効期間の始期を記載する。		
	名称			
薬局（卸売一般販売業） 許可の番号	種別 薬局 第012345号	許可の 年月日	平成29年4月1日	
申請者（法人にあっては、 含む）の欠格条項 その業務を行なう役員を にあっては、	(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		
	(2)罰金以上の刑に処せられたこと。	なし		
	(3)医事又は薬事に関する法令又は これに基づく処分を違反したこと。	なし		
	(4)後見開始の審判を受けていること。	なし		
備考	1 新規 2 継続 (麻薬免許番号 17〇〇〇〇号) 住居表示変更により、地番の変更 市制施行により、住居表示の変更			
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。		市町村合併等に伴い住居表示 が変更になった場合は、 「住居表示変更により」と 記載する。		
令和 元年〇〇月〇〇日				
住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）		市町村合併等に伴い住居表示が 変更になった場合は、変更後の 所在地を記載する。		
福岡県大野城市白木原〇〇-〇				
氏名（法人にあっては、名称及び代表者氏名）				
株式会社 福岡薬局				
代表取締役 福岡 太郎				
		印		
福岡県知事 殿				


麻薬免許証に記載されているとおりに記入してください。
 免許証の記載事項を変更する場合には「記載事項変更届」が必要です。

(注 意)

- (1) 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。
(2) 許可の番号欄には、薬事法の規定による許可証の番号を記載すること。
(3) 欠格条項の(1)欄から(4)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)欄にはその理由及び年月日を、(2)欄にはその罪、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)欄にはその違反の事実及び年月日を、(4)欄には「ある」と記載すること。

診 断 書

氏 名	福岡 太郎		性 別	<input checked="" type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女
生年月日	昭和・平成 42年 1月 1日		年 令	52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 精神機能の障害 <input checked="" 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)					

2 麻薬又は覚せい剤の中毒 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
診断年月日	令和 元年〇〇月〇〇日	※詳細 診断書は、提出日から1か月以内のものがが必要です。			
医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称、所在地	福岡筑紫保健診療所 大野城市白木原〇△-□ TEL 092-〇〇〇-〇〇〇〇			
	氏 名	福岡 花子 			

免許証の照合欄(新規で原本提示の場合のみ)

免許の番号及び年月日については、原本と相違ありません。

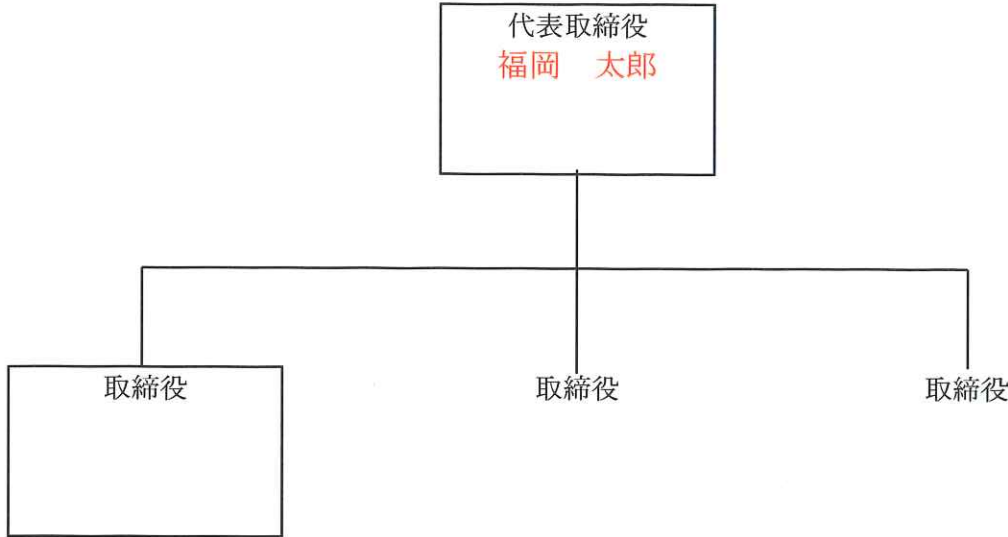
令和 年 月 日

保健(福祉環境事務)所係員 職名

氏名

印

組織規定図



内が麻薬及び向精神薬取締法の免許にかかる業務を行う

役員である。

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 元年〇〇月〇〇日

主たる事務所の
所在地

福岡県大野城市白木原〇〇-〇

法人の名称及び
代表者の氏名

株式会社 福岡薬局
代表取締役 福岡 太郎 印



福岡県知事 殿

麻 薬 年 間 届

麻薬業務所所在地
 麻薬業務所名称
 免許の種類
 免許番号
 氏名(法人にあつては、名称及び代表者氏名)

印

麻薬及び向精神薬取締法第47条、第48条又は第49条の規定により、次のとおり届け出ます。

品 名	単 位	前 年 10月1日 在庫数量	前年10月1日から本年9月30日までの		本 年 9月30日 在庫数量	備 考
			受入数量	払出数量		

備考 この様式は、九州各県（沖縄県を除く。以下同じ。）の共通様式ですので、宛先を書き換えていただければ、九州各県で使用できます。

福岡県知事 殿

麻 薬 年 間 届(記載例)

麻薬業務所所在地
麻薬業務所名称
免許の種類
免許番号
氏名(法人にあっては、名称)

大野城市白木原○○
福岡薬局○○店
麻薬小売業者
第○○○○○○号
株式会社○○○代表取締役○○○

※免許証記載
の麻薬業務所
の所在地・名
称を記載



・法人で免許を取得している場合は、法人の名称、代表者肩書、代表者氏名を記入し、法人印を押印。
・個人で免許を取得している場合は、個人名を記入し、個人の印を押印。

麻薬及び向精神薬取締法第47条、第48条又は第49条の規定により、次のとおり届出ます。

品 名	単位	前 年 10月1日 在庫数量	前年10月1日から本年9月30日までの		本 年 9月30日 在庫数量	備 考
			受入数量	払出数量		
アヘン散	g	17.5	25.0	21.7	20.8	麻薬廃棄届を提出して △年△月△日、7.5g 廃棄
MSコンチン錠 10mg	T	50	200	170	90	
MSコンチン錠 10mg	T		(22T)			10錠再利用
モルヒネ塩酸塩注射液 10mg	A	12	60	62	10	○年△月△日、 1A事故届出済み
アンペック坐剤 10mg	個	8	100	68	40	
※1 製品名は正確に記入してください(剤型の異なるものがある場合は特にご注意ください;塩酸モルヒネ末・注・錠など) ※2 複数の規格があるものは、品名欄に規格も記入してください ※3 規格の異なるものは、規格毎に記入してください ※4 数量欄は、単位も記入してください 原末、散剤の場合は グラム(又はg)、包 液剤、チンキの場合は ミリリットル(又はmL)、包 注射剤の場合は アンブル(又は A) 錠剤の場合は 錠(又はT) 坐剤の場合は 個(又はコ) 等 ※5 余白は、「以下余白」と書くか、斜線を引いてください ※6 該当期間を通じて、まったく在庫がなかった場合にも「取扱なし」として、本届の提出が必要です。			以 下	余 白		

備考 この様式は、九州各県(沖縄県を除く。以下同じ。)の共通様式ですので、宛先を書き換えていただければ、九州各県で使用できます。

麻薬（卸売業・小売業）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							
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）						
後	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（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）						
変更の事由及びその年月日		令和 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>令和 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 style="text-align: right;">印</p> <p>福岡県知事 殿</p>							

- (注意) 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
 2 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。