

## 麻薬卸売業者免許（令和 9 年～令和 11 年）更新申請の提出について

麻薬及び向精神薬取締法に基づく麻薬卸売業者免許の更新申請書の提出について、下記のとおり取り扱いますので、提出期間内に提出されるようお願いいたします。

### 記

#### 1 麻薬卸売業者免許更新申請

- |                 |                                                                                                                                                                                         |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) <u>対象者</u>  | 令和 8 年 12 月 31 日で免許の有効期間が満了し、令和 9 年 1 月 1 日以降も引き続き麻薬を取り扱う者                                                                                                                              |
| (2) <u>提出書類</u> | 次の 6 点です。詳細は別紙の申請要領及び記載例を参照してください。<br>＜1＞申請書（同封した様式を使用のこと）<br>＜2＞診断書（必要な項目が記載されていること）<br>＜3＞千葉県収入証紙 16,600 円分（必ず貼付のこと）<br>＜4＞組織図<br>＜5＞業務所の平面図<br>＜6＞麻薬貯蔵設備の立体図<br><u>※旧免許証は同封しないこと</u> |
| (3) <u>提出期間</u> | <u>令和 8 年 10 月 1 日（木）～令和 8 年 10 月 30 日（金）消印有効</u>                                                                                                                                       |

#### 2 申請にあたっての注意点

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>○本通知は本年 8 月初旬以降の届出等による変更事由は反映されておりませんので、御注意ください。</p> <p>○書類不備等の連絡先（担当者）を添えてください。なお、書類に不備、疑義がある場合（文字が読みにくい場合なども含む）免許を更新できない場合がありますので、別紙の申請要領及び記載例を参照し、十分に確認した上で申請してください。</p> <p>○<u>旧免許証</u>は更新申請書には同封せず、期限が切れるまで<u>お手元で保管</u>してください。旧免許証は令和 9 年 1 月以降に返納届を添付して返納してください。返納手続の案内は新免許証送付時に同封します。</p> <p>○提出期間内は申請に係る問い合わせの電話が殺到するため、郵送提出における到達確認については配達の実跡ができる方法（簡易書留、レターパック等）を選択されるなど、円滑な免許事務の遂行に御協力をお願いします。</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 3 提出（郵送又は窓口）・問い合わせ先

|                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 〒260-8667 千葉市中央区市場町 1-1 千葉県庁本庁舎 10 階（13 階から移転しましたので御注意ください）<br>千葉県健康福祉部薬務課麻薬指導班（電話：043-223-2620） |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 4 補足

期間内に収受した申請については、年内に新免許証に記載の麻薬業務所へ新免許証を郵送します。

(空白ページ)

## 麻薬卸売業者免許申請要領（更新用）

### 1 提出期間

令和8年10月1日（木）～令和8年10月30日（金）

### 2 手数料

16,600円（千葉県収入証紙）

### 3 添付書類

- （1）組織図（「代表取締役」と「麻薬に関する業務を行う役員」を明示した図。役員が一人のみの場合でも添付すること）
- （2）診断書（「代表取締役」と「麻薬に関する業務を行う役員」のもので、原則として1ヶ月以内に発行されたもの。なお、同一法人が同時に複数の業務所の免許を申請する場合には、それぞれの申請書に診断書の添付が必要となります。（それぞれコピー可）

※厚生労働省の通知により取扱いが変わりました。

- （3）業務所の平面図（麻薬貯蔵設備の位置を明示すること）
- （4）麻薬貯蔵設備の立体図

|                          |  |          |
|--------------------------|--|----------|
| 麻薬免許番号<br>※更新申請時のみ記載すること |  | 第 〇〇〇〇 号 |
|--------------------------|--|----------|

10,000 円  
千葉県収入証紙

3,000 円  
千葉県収入証紙

3,000 円  
千葉県収入証紙

300 円  
千葉県収入証紙

千葉県収入証紙

新規申請の場合：空欄  
更新申請の場合：現在の免許番号を記載

千葉県収入証紙 16,600 円分（収入印紙ではありません）を重ならないように貼付してください。

麻薬卸売業者免許申請書

|                                                          |                                                                                                                 |                        |                                     |           |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|-----------|
| 麻 薬 業 務 所                                                |                                                                                                                 | 所在地                    | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>千葉県千葉市中央区〇〇町〇-〇        |           |
|                                                          |                                                                                                                 | 名 称                    | 株式会社〇〇薬品 千葉支店<br>Tel 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 |           |
| 薬局・卸売販売業の<br>許可番号                                        |                                                                                                                 | 第〇〇〇〇号                 | 許可年月日                               | 令和〇年〇月〇〇日 |
| 申請者（法人にあっては、その業務を行う<br>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<br>取り消されたこと。<br>(申請日から 3 年以内)                                                         | なし ・ あり<br>(該当を○で囲むこと) |                                     |           |
|                                                          | (2) 罰金以上の刑に処せられたこと。<br>(申請日から 3 年以内)                                                                            | なし ・ あり<br>(該当を○で囲むこと) |                                     |           |
|                                                          | (3) 医事又は薬事に関する法令又はこれ<br>に基づく処分に違反したこと。<br>(申請日から 2 年以内)                                                         | なし ・ あり<br>(該当を○で囲むこと) |                                     |           |
|                                                          | 免許希望日がある場合は日付を入力してください。<br>※免許の標準処理期間は 21 日間です。<br>県が申請書を受理した日から 21 日以内の日付を<br>設定している場合、希望日の発行とならないことが<br>あります。 |                        | なし ・ あり<br>(該当を○で囲むこと)              |           |
|                                                          |                                                                                                                 |                        | なし ・ あり<br>(該当を○で囲むこと)              |           |
| 上記のとおり、免許を受けたいので申請します。（免許希望日 年 月 日～）<br>令和〇年〇月〇日         |                                                                                                                 |                        |                                     |           |
| 住 所 （法人にあっては、主たる事務所の所在地）<br>〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>千葉県千葉市中央区〇〇町〇-〇 |                                                                                                                 |                        |                                     |           |
| 氏 名 （法人にあっては、名称及び代表者名）<br>株式会社〇〇薬品 代表取締役 〇〇〇〇            |                                                                                                                 |                        |                                     |           |
| 千葉県知事 様                                                  |                                                                                                                 |                        |                                     |           |

(注意事項)

「代表取締役」と組織図で指定した「麻薬に関する業務を行う役員」全員の診断書（原則 1 か月以内のもの）を添付してください。診断書は裏面（別記様式 2）を利用してください。

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| 麻薬免許番号<br>※更新申請時のみ記載すること | 第 号 |
|--------------------------|-----|

|                                        |
|----------------------------------------|
| 千葉県収入証紙貼付欄（16,600 円分）<br>※申請者は消印しないこと。 |
|----------------------------------------|

麻薬卸売業者免許申請書

|                                             |                                                                                      |                          |       |       |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------|-------|
| 麻 薬 業 務 所                                   |                                                                                      | 所在地                      | 〒     |       |
|                                             |                                                                                      | 名 称                      | Tel   |       |
| 薬局・卸売販売業の<br>許可番号                           |                                                                                      | 号                        | 許可年月日 | 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。<br>(申請日から 3 年以内)                                  | な し ・ あ り<br>(該当を○で囲むこと) |       |       |
|                                             | (2) 罰金以上の刑に処せられたこと。<br>(申請日から 3 年以内)                                                 | な し ・ あ り<br>(該当を○で囲むこと) |       |       |
|                                             | (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。<br>(申請日から 2 年以内)                                  | な し ・ あ り<br>(該当を○で囲むこと) |       |       |
|                                             | (4) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第 2 条第 6 号に規定する暴力団員又は同号に規定する暴力団員でなくなった日から 5 年を経過しない者であること。 | な し ・ あ り<br>(該当を○で囲むこと) |       |       |
|                                             | (5) (4) に規定する者に事業活動を支配されていること。                                                       | な し ・ あ り<br>(該当を○で囲むこと) |       |       |
| 備 考                                         |                                                                                      |                          |       |       |
| 上記のとおり、免許を受けたいので申請します。 (免許希望日 年 月 日～) 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、名称及び代表者名)                      |                                                                                      |                          |       |       |
| 千葉県知事 様                                     |                                                                                      |                          |       |       |

(注意事項)  
「代表取締役」と組織図で指定した「麻薬に関する業務を行う役員」全員の診断書（原則 1 か月以内のもの）を添付してください。診断書は裏面（別記様式 2）を利用してください。

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。<br/>(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<br>介護老人保健施設<br>等の名称・連絡先 | Tel |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 所在地                              |     |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 氏 名<br>※押印省略可                    | 印   |   |   |