

麻薬卸売業者免許（令和 7 年～令和 9 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致します。

記

1 麻薬卸売業者免許更新申請

- | | |
|----------|---|
| (1) 対象者 | 令和 6 年 12 月 31 日で免許の有効期間が満了し、令和 7 年 1 月 1 日以降も引き続き麻薬を取り扱う者 |
| (2) 提出書類 | 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。
〈1〉申請書（同封した様式を使用のこと）
〈2〉診断書（必要な項目が記載されていること）
〈3〉千葉県収入証紙 16,600 円分（必ず貼付のこと）
〈4〉組織図
〈5〉業務所の平面図
〈6〉麻薬貯蔵設備の立体図
※旧免許証は同封しないこと |
| (3) 提出期間 | 令和 6 年 10 月 1 日（火）～令和 6 年 10 月 31 日（木）消印有効 |

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>○旧免許証は更新申請書には同封せず、期限が切れるまでお手元で保管してください。旧免許証は令和 7 年 1 月以降に返納届を添付して返納してください。返納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追跡が可能な方法（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 階より移転しましたので御注意ください） 千葉県健康福祉部薬務課麻薬指導班（電話：043-223-2620）
--

4 補足

期間内に收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6年10月1日（火）～令和6年10月31日（木）

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、診断書及び組織図については、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、一方に原本が添付してあれば、他方はコピーでも差し支えない。ただし、どの営業所の申請書に原本が添付されているのかを記載すること）
- (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 <small>※更新申請時のみ記載すること</small>	第 号
---	-----

千葉県収入証紙貼付欄 (16,600 円分) ※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 許可番号	号	許可年月日	年 月 日
の申請者（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 (申請日から3年以内)	な し ・ あ り <small>(該当を○で囲むこと)</small>	
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと (申請日から3年以内)	な し ・ あ り <small>(該当を○で囲むこと)</small>	
	(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 (申請日から2年以内)	な し ・ あ り <small>(該当を○で囲むこと)</small>	
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 (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。 (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 <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」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 <input type="checkbox"/> なし <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の名称・連絡先	Tel		
	所在地			
	氏 名 ※押印省略可	印		