

麻薬施用者免許（令和 7 年～令和 9 年）更新申請書の提出について

麻薬及び向精神薬取締法に基づく麻薬施用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します。

記

1 麻薬施用者免許更新申請 ※麻薬管理者免許の更新が必要な方には別途通知します。

- | | |
|-----------------|---|
| (1) <u>対象者</u> | 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) <u>提出書類</u> | 次の 3 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 4, 600 円分（所定欄に必ず貼付のこと）
<u>※旧免許証は同封しないこと</u> |
| (3) <u>提出期間</u> | <u>令和 6 年 10 月 1 日（火）～令和 6 年 10 月 31 日（木）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 月初旬時点の麻薬業務所へ郵送しております。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>○本通知は<u>施用者免許</u>の更新が対象です。管理者免許の更新については別途通知しています。</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。更新手続きをしなかった方には別途通知します。</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

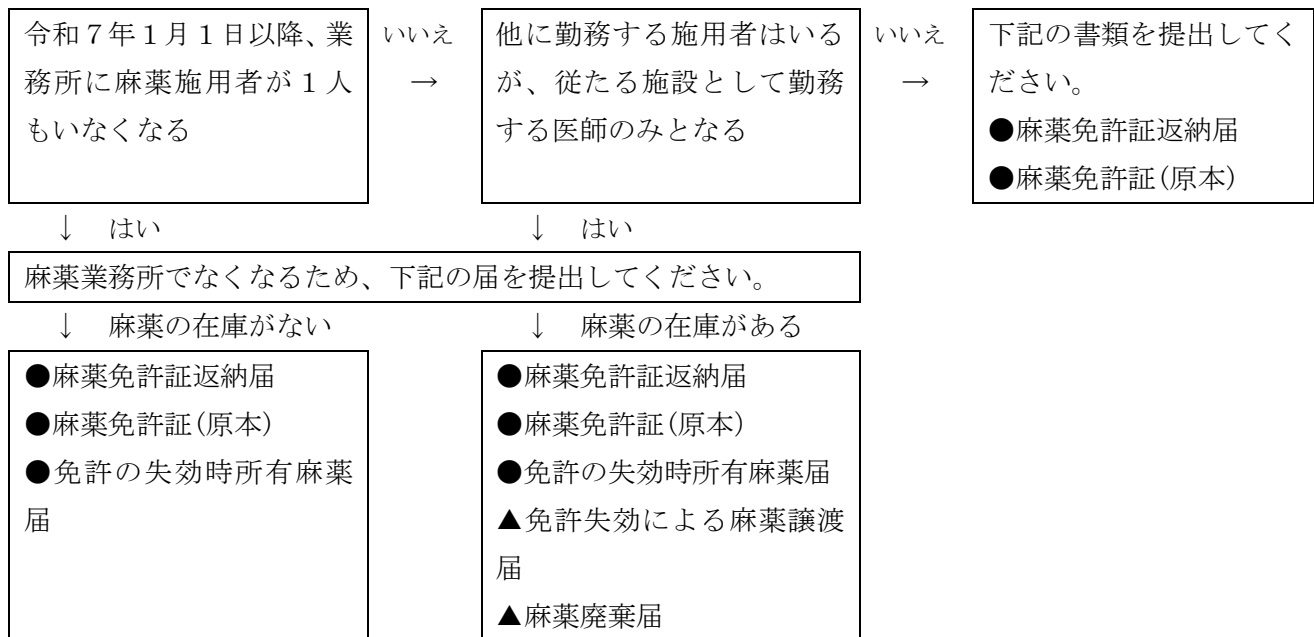
〒260-8667 千葉市中央区市場町 1-1 千葉県庁本庁舎 10 階（ <u>13 階より移転しましたので御注意ください</u> ） 千葉県 健康福祉部 薬務課 麻薬指導班（電話：043-223-2620） ※医師会は経由しません
--

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。

免許を更新しない場合は、上記更新手続は不要であり、提出書類もございません。免許返納については 2 に記載のとおり、別途案内します。但し、免許を更新しない場合で当該診療施設から麻薬取扱者が全ていなくなる場合は、別途提出していただく書類がありますので、裏面を御確認ください。

【参考】更新しない場合の手続きの例



※届の様式等、詳細はホームページに記載していますので、御確認下さい。

●麻薬免許証返納届 <https://www.pref.chiba.lg.jp/yakumu/tetsuzuki/330/13100-193.html>

免許証を添付して令和7年1月6日～15日に薬務課へ提出してください。

●免許の失効時所有麻薬届 <https://www.pref.chiba.lg.jp/yakumu/tetsuzuki/330/13100-194.html>

免許失効時の麻薬の在庫を記載し、令和7年1月6日～15日に薬務課へ提出してください。

在庫がない場合も、「在庫なし」と記載して提出してください。

【麻薬の在庫がある場合は、以下の届も提出してください】

免許の失効時所有麻薬届に記載した麻薬のうち、譲渡するものは「免許失効による麻薬譲渡届」、廃棄するものは「麻薬廃棄届」を提出してください。

▲免許失効による麻薬譲渡届 <https://www.pref.chiba.lg.jp/yakumu/tetsuzuki/330/13100-196.html>

麻薬の譲渡は免許失効日から50日以内に行ってください。免許失効前に譲渡することはできません。

なお、麻薬を譲渡した日から15日以内に薬務課に届を提出してください。

▲麻薬廃棄届 <https://www.pref.chiba.lg.jp/yakumu/tetsuzuki/330/13100-191.html>

麻薬の廃棄は免許失効日から50日以内に行わなくてはなりません。廃棄は県職員の立ち合いが必要なため、早めに薬務課へ届を提出してください。

麻薬の廃棄は免許失効前もできます。免許失効前に廃棄して在庫をなくしておくこともできますので、御検討ください。

※その他、問い合わせが多い事項については、AIチャットボット「医療用麻薬の取り扱いについて」にまとめておりますので、右記QRコードより適宜御利用ください。



麻薬施用者免許申請要領（更新時）

1 申請書作成上の注意点

項目		チェックリスト（確認したら☑）
申請書	①千葉県収入証紙	☐ <u>千葉県収入証紙4, 600円分</u> を所定欄に <u>重ならないように</u> 貼付してください。 <u>郵便局で販売している収入印紙ではありません。</u> 保健所（健康福祉センター）、市町村役場等で販売しています。 ※額面が少額で枚数が多い場合は、余白 又は 任意の用紙に貼付の上、申請書の証紙貼付欄に「別紙添付」等と必ず明記してください。
	②麻薬免許番号	☐ <u>現在取得している麻薬免許番号</u> を記載してください。
	③麻薬業務所・従たる施設（従として診療に従事する麻薬診療施設）	☐ 千葉県内の主たる勤務先を麻薬業務所に記載してください。複数の麻薬業務所を記載する場合は従として診療に従事する麻薬診療施設に記載してください。（千葉県内の業務所のみ） ※記載事項を変更する場合は「2 その他の留意点(2)」を参照ください。 ※訂正は二重線をお願いします。訂正印は不要です。 ※従たる施設の記載欄が不足した場合は「別紙記載」とし、任意様式の別紙に業務所所在地 及び 業務所名称を記載して添付してください。
	④医師免許等の登録番号・登録年月日	☐ 医師免許証、歯科医師免許証、及び獣医師免許証に記載された免許登録番号と登録年月日を記載してください。
	⑤欠格条項	☐ 欠格条項の対象期間を確認の上、該当しないときは、「なし」を○で囲んでください。該当するときは、薬務課まで問い合わせてください。
	⑥備考	☐ 職種を○で囲んでください。
	⑦申請者	☐ <u>申請者本人の住所 及び 氏名を記載してください。業務所の所在地、院長名、理事長名では申請できません。</u> ☐ 申請者氏名の漢字（旧字等）も住民票と同じ表記で記載してください。 ☐ 押印は不要ですが、押印いただいても申請は有効です。 ※記載事項を変更する場合は「2 その他の留意点(2)」を参照ください。 ※訂正は二重線をお願いします。訂正印は不要です。
診断書		☐ 原則として <u>1ヶ月以内に発行したもの</u> が有効です。診断日を確認して下さい。 ☐ 診断内容に漏れや誤りがないか確認してください。 <u>診断書の加筆、修正等は診断書を作成した医師以外はできません。</u> ☐ 診断書の氏名の漢字が申請者氏名の漢字（旧字等）と一致しているか確認してください。 ☐ 押印は不要ですが、押印いただいても申請は有効です。 ☐ 診断する医師は申請者本人以外であれば、同じ診療施設（医科）の医師でも差支えありません。 ☐ 同一人が施用者免許と管理者免許の更新申請書を同時に提出する場合に限り、一方に診断書の原本が添付してあれば、他方はコピーでも差し支えありません。コピー添付の申請書の余白に「診断書原本は○○の申請書に添付」等と明記してください。

2 その他留意点

(1) 更新申請書の提出と同時に別の医師の新規申請書を併せて提出する場合

申請書の免許番号記載欄などに「新規」と記載するか、付箋等で「新規」と分かるようにしてください。なお、新規申請の場合で、翌年1月1日以降から麻薬を取り扱うことを予定している場合には、「免許希望日」の欄に当該日付を記載してください。

(2) 更新申請時に記載事項を変更する場合

※記載事項変更届を添付してください。届の様式は下記 URL から取得できます。

<https://www.pref.chiba.lg.jp/yakumu/tetsuzuki/330/13100-192.html>

なお、今回更新対象となる免許については、令和6年10月1日～12月31日までは原則として免許証記載事項変更の際、免許証の書換え交付は行いません。変更届を提出する場合は免許証を添付せず、変更届出書の余白部分に「更新申請中」と記載してください。その他の免許については、通常通り手続きを行います。

(3) 申請書の様式は下記 URL から取得できます。

<https://www.pref.chiba.lg.jp/yakumu/tetsuzuki/330/13100-236.html>

② 麻薬免許番号 ※更新申請時のみ記載すること	医・歯・獣 第〇〇〇〇号
----------------------------	--------------

2,000 円 千葉県収入証紙 ①	2,000 円 千葉県収入証紙	300 円 千葉県収入証紙	300 円 千葉県収入証紙
-------------------------	--------------------	------------------	------------------

更新申請の場合は、必ず現在の免許番号を記載してください。

千葉県収入証紙 4,600 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。

麻薬施用者免許申請書

③ 麻薬業務所	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県千葉市中央区〇〇町〇-〇		
	名称	医療法人社団〇〇会 〇〇病院 Tel 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
従と麻薬 (上 麻薬 の病 ※記載 別紙 ください。	麻薬業務所以外で麻薬を施用する麻薬診療施設がない場合は空欄としてください。 3 施設以上記載する場合は「別紙記載」とし、施設の名称と所在地を記載した別紙(任意様式)を添付してください。	所在地	〒△△△-△△△△ 千葉県千葉市中央区△△町△-△ 医療法人社団△△会 △△クリニック Tel △△△ (△△△) △△△△	
		名称	〒 Tel	
④ 医師・歯科医師・獣医師免許証に記載された登録番号	第〇〇〇〇号	免許登録年月日	令和〇年〇月〇日	
⑤ 申請者の欠格条項	(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 (該当を○で囲むこと)		
	(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 (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。(申請日から 2 年以内)	なし・あり (該当を○で囲むこと)		
⑥	備考	医師・歯科医師・獣医師 (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。 令和〇年〇月〇日				
⑦	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県千葉市美浜区〇町〇〇		
	ふりがな氏名	〇〇〇 〇〇〇		
千葉県知事様		申請する医師・歯科医師・獣医師 個人の住所、氏名を記載してください。 押印は不要です。		

(注意事項)

- 1 診断書 (原則 1 か月以内のもの) を必ず添付してください。診断書は裏面 (別記様式 2) を利用してください。
- 2 申請者の住所、氏名欄には、申請する医師・歯科医師・獣医師個人の住所、氏名を記載してください。
- 3 2 人以上の麻薬施用者が診療に従事する麻薬診療施設の開設者には、麻薬管理者を 1 人置くことが義務付けられています。(麻薬及び向精神薬取締法第 33 条第 1 項)

麻薬免許番号 ※更新申請時のみ記載すること	医・歯・獣 第 号
--------------------------	-----------

千葉県収入証紙貼付欄 (4,600 円分) ※申請者は消印しないこと。
--

麻薬施用者免許申請書

麻 薬 業 務 所	所在地		〒		
	名 称		Tel		
従として診療に従事する 麻薬診療施設 (上記麻薬業務所以外で 麻薬を施用する千葉県内 の病院又は診療所) ※記載欄が不足する場合は 別紙(任意様式)を添付して ください。	(1)	所在地	〒		
		名 称	Tel		
	(2)	所在地	〒		
		名 称	Tel		
医師・歯科医師・獣医師免許証 に記載された登録番号			第 号	免許登録 年 月 日	年 月 日
申請者の 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 (該当を○で囲むこと)
	(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 (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。(申請日から 2 年以内)			な し ・ あ り (該当を○で囲むこと)
備 考					医師 ・ 歯科医師 ・ 獣医師 (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。 年 月 日 住 所 〒 ふりがな 氏 名 千葉県知事 様					

- (注意事項)
- 1 診断書(原則 1 か月以内のもの)を必ず添付してください。診断書は裏面(別記様式 2)を利用して
ください。
 - 2 申請者の住所、氏名欄には、申請する医師・歯科医師・獣医師個人の住所、氏名を記載してください。
 - 3 2 人以上の麻薬施用者が診療に従事する麻薬診療施設の開設者には、麻薬管理者を 1 人置くことが義務
付けられています。(麻薬及び向精神薬取締法第 33 条第 1 項)

診 断 書

氏 名			性別	男	女
生年月日	年 月 日		年齢	歳	
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。)					
1 精神機能					
精神機能の障害					
☐ 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」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)					
2 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒					
☐ なし					
☐ あり					
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			