**麻薬のしおり**

**[別冊　様式集]**

**令和４年４月**

**千葉県健康福祉部薬務課**

**様　式　一　覧**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式番号 | 様式 | ページ番号 | 提出（取扱）者 | | | | | | |
| 麻薬診療施設 | | | 麻薬小売業者 | 麻薬卸売業者 | 麻薬研究施設 | |
| 開設者 | 麻薬施用者 | 麻薬管理者 | 設置者 | 麻薬研究者 |
| 別記様式1-1 | 麻薬施用者免許申請書 | 3 | - | ○ | - | - | - | - | - |
| 別記様式1-2 | 麻薬管理者免許申請書 | 5 | - | - | ○ | - | - | - | - |
| 別記様式1-3 | 麻薬小売業者免許申請書 | 7 | - | - | - | ○ | - | - | - |
| 別記様式1-4 | 麻薬卸売業者免許申請書 | 9 | - | - | - | - | ○ | - | - |
| 別記様式1-5 | 麻薬研究者免許申請書 | 11 | - | - | - | - | - | - | ○ |
| 別記様式2 | 診断書 | 13 | - | ○ | ○ | ○ | ○ | - | ○ |
| 別記様式3 | 役員変更届  ※ 小売業者、卸売業者用 | 15 | - | - | - | ○ | ○ | - | - |
| 別記様式4-1 | 麻薬業務（研究）廃止・免許証返納届  ※ 施用者、管理者、研究者用 | 17 | - | ○ | ○ | - | - | - | ○ |
| 別記様式4-2 | 麻薬業務廃止・免許証返納届  ※ 小売業者、卸売業者用 | 19 | - | - | - | ○ | ○ | - | - |
| 別記様式5-1 | 麻薬取扱者免許証記載事項変更届  ※ 施用者、管理者、研究者用 | 21 | - | ○ | ○ | - | - | - | ○ |
| 別記様式5-2 | 麻薬取扱者免許証記載事項変更届  ※ 小売業者、卸売業者用 | 23 | - | - | - | ○ | ○ | - | - |
| 別記様式6-1 | 麻薬取扱者免許証再交付申請書  ※ 施用者、管理者、研究者用 | 25 | - | ○ | ○ | - | - | - | ○ |
| 別記様式6-2 | 麻薬取扱者免許証再交付申請書  ※ 小売業者、卸売業者用 | 27 | - | - | - | ○ | ○ | - | - |
| 別記様式7-1,2 | 麻薬小売業者間譲渡許可申請書 | 29 | - | - | - | ○ | - | - | - |
| 別記様式8-1,2 | 麻薬小売業者間譲渡許可変更届 | 33 | - | - | - | ○ | - | - | - |
| 別記様式9-1,2 | 麻薬小売業者間譲渡許可申請者追加届 | 36 | - | - | - | ○ | - | - | - |
| 別記様式10 | 麻薬小売業者間譲渡許可再交付申請書 | 39 | - | - | - | ○ | - | - | - |
| 別記様式11-1,2 | 麻薬小売業者間譲渡許可返納届 | 41 | - | - | - | ○ | - | - | - |
| 別記様式12-1,2 | 麻薬譲受・譲渡確認書  ※ 麻薬小売業者間譲渡用 | 45 | - | - | - | ○ | - | - | - |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式 | 様式名 | ページ番号 | 提出（取扱）者 | | | | | | |
| 麻薬診療施設 | | | 麻薬小売業者 | 麻薬卸売業者 | 麻薬研究施設 | |
| 開設者 | 麻薬施用者 | 麻薬管理者 | 設置者 | 麻薬研究者 |
| 別記様式13 | 麻薬廃棄届 | 49 | ○ | - | ○ | ○ | ○ | ○ | - |
| 別記様式14 | 麻薬譲受証 | 51 | ○ | ○ | ○ | ○ | - | ○ | ○ |
| 別記様式15 | 麻薬譲渡証 | 52 | - | - | - | - | ○ | - | - |
| 別記様式16 | 麻薬事故届 | 53 | - | ○※ | ○ | ○ | ○ | - | ○ |
| 別記様式17 | 調剤済麻薬廃棄届 | 55 | ○ | - | - | ○ | - | - | - |
| 別記様式18 | 免許の失効時所有麻薬届 | 57 | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | - |
| 別記様式19 | 免許失効による麻薬譲渡届 | 59 | ○ | - | - | ○ | ○ | ○ | - |
| 別記様式20 | 麻薬帳簿 | 61 | - | ○※ | ○ | ○ | ○ | - | ○ |
| 別記様式21 | 麻薬年間届 | 62 | - | ○※ | ○ | ○ | - | - | ○ |

※麻薬診療施設に麻薬管理者を設置している場合、麻薬施用者ではなく麻薬管理者が提出（取扱）者となります。

【麻薬取扱者免許申請書等の提出先】

　　〒２６０－８６６７

　　千葉県千葉市中央区市場町１－１

千葉県健康福祉部 薬務課 麻薬指導班

【麻薬の取扱いに関する問合せ先】

　　千葉県健康福祉部 薬務課 麻薬指導班

　　電話　０４３－２２３－２６２０

別記様式１－１（第１条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 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。　　　(免許希望日　　　年　　月　　日～)  年　　月　　日 | | | | | | | | | |
|  | | | 住 所 | | 〒 | | | |  |
|  | | |  | |  | | | |  |
| 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）

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

別記様式１－１（第１条関係）記載例

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2,000円  千葉県収入証紙 |  | 300円  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**  300円  千葉県収入証紙  300円  千葉県収入証紙  **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。**  300円  千葉県収入証紙 |

2,000円

千葉県収入証紙

**麻薬施用者免許申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 麻　薬　業　務　所 | | | | 所在地 | | 〒○○○－○○○○  千葉県千葉市中央区○○町○-○ | | | |
| 名　称 | | 医療法人社団○○会　○○病院  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 | 〒△△△－△△△△  千葉県千葉市中央区△△町△-△  **免許希望日がある場合は日付を入力してください。**  **※免許の標準処理期間は21日間です。**  **県が申請書を受理した日から21日以内の日付を設定している場合、希望日の発行とならないことがあります。**  **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。**  **従たる施設がない場合は空欄とする。**  **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。** | | | |
| 名　称 | 医療法人社団△△会　△△クリニック  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 | 令和○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。　　　(免許希望日　　　年　　月　　日～)  令和○年○月○日 | | | | | | | | | |
|  | | | 住 所 | | 〒○○○-○○○○  千葉県千葉市美浜区○町○○ | | | |  |
|  | | |  | |  | | | |  |
| 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）

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

別記様式１－２（第１条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **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。 |

**麻薬管理者免許申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 麻　薬　業　務　所 | | | | 所在地 | | 〒 | | | |
| 名　称 | | Tel | | | |
| 医師・歯科医師・獣医師・薬剤師免許証  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・薬剤師  （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。　　　(免許希望日　　　年　　月　　日～)  年　　月　　日 | | | | | | | | | |
|  | | | 住 所 | | 〒 | | | |  |
|  | | |  | |  | | | |  |
| 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・薬剤師個人の住所、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）

別記様式１－２（第１条関係）記載例

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2,000円  千葉県収入証紙 | 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 |  |

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

**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**

300円

千葉県収入証紙

**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。**

**麻薬管理者免許申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 麻　薬　業　務　所 | | | | 所在地 | | 〒○○○－○○○○  千葉県千葉市中央区○○町○-○ | | | |
| 名　称 | | 医療法人社団○○会　○○病院  Tel ○○○（○○○）○○○○ | | | |
| 医師・歯科医師・獣医師・薬剤師免許証  に記載された登録番号 | | | | | | 第○○○○号 | 免許登録  年月日 | 令和○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・薬剤師  （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。　　　(免許希望日　　　年　　月　　日～)  令和○年○月○日  **免許希望日がある場合は日付を入力してください。**  **※免許の標準処理期間は21日間です。**  **県が申請書を受理した日から21日以内の日付を設定している場合、希望日の発行とならないことがあります。** | | | | | | | | | |
|  | | | 住 所 | | 〒○○○-○○○○  千葉県千葉市美浜区○町○○ | | | |  |
|  | | |  | |  | | | |  |
| 千葉県知事　様  **申請する医師・歯科医師・獣医師・薬剤師**  **個人の住所、氏名を記載してください。** | | | | | | | | | |

（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・薬剤師個人の住所、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）

別記様式１－３（第１条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **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。 |

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

**麻薬小売業者免許申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 麻　薬　業　務　所 | | | | | 所在地 | 〒 | | |
| 名　称 | Tel | | |
| 薬局の開設許可番号 | | | | | 第　　　号 | 開設許可年月日 | 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  （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 | | | | | |  | | |
| 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）

1 「代表取締役・代表理事等」と、画定図で指定した「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。

2 「金庫の位置を示した薬局の平面図」・「金庫の立体図」を添付して下さい。

別記様式１－３（第１条関係）記載例

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2,000円  千葉県収入証紙 | 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 |

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

**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。**

**麻薬小売業者免許申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 麻　薬　業　務　所 | | | | | 所在地 | 〒○○○－○○○○  千葉県千葉市中央区○○町○-○ | | |
| 名　称 | 株式会社○○薬局　千葉店  Tel ○○○（○○○）○○○○ | | |
| 薬局の開設許可番号 | | | | | ○保第○○号 | 開設許可年月日 | 令和○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  （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）  **免許希望日がある場合は日付を入力してください。**  **※免許の標準処理期間は21日間です。**  **県が申請書を受理した日から21日以内の日付を設定している場合、希望日の発行とならないことがあります。** | | | な　し　・　あ　り  （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～)  令和○年○月○日 | | | | | | | | |
|  | | 住　所 | | （法人にあっては、主たる事務所の所在地） | | | |  |
|  | |  | | 〒○○○－○○○○  千葉県千葉市美浜区○○町○-○ | | | |  |
|  | | 氏　名 | | （法人にあっては、名称及び代表者名） | | | |  |
|  | |  | | 株式会社○○薬局　代表取締役　○○○○ | | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | | | | |

（注意事項）

1 「代表取締役・代表理事等」と、画定図で指定した「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。

2 「金庫の位置を示した薬局の平面図」・「金庫の立体図」を添付して下さい。

別記様式１―４（第１条関係）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **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。 |  |

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

**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 | |
| 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  （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3年以内） | | | | な　し　・　あ　り  （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」と画定図で指定した「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。

別記様式１―４（第１条関係）記載例

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 300円  千葉県収入証紙 |

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

**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 | 〒○○○－○○○○  千葉県千葉市中央区○○町○-○ | | |
| 名　称 | 株式会社○○薬品　千葉支店  Tel ○○○（○○○）○○○○ | | |
| 薬局・卸売販売業の  許可番号 | | | | | 第○○○○号 | 許可年月日 | 令和○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  （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3年以内） | | | | な　し　・　あ　り  （該当を○で囲むこと） | | |
| 備　　考  **免許希望日がある場合は日付を入力してください。**  **※免許の標準処理期間は21日間です。**  **県が申請書を受理した日から21日以内の日付を設定している場合、希望日の発行とならないことがあります。** | | | | | |  | | |
| 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～)  令和○年○月○日 | | | | | | | | |
|  | | | 住　所 | （法人にあっては、主たる事務所の所在地） | | | |  |
|  | | |  | 〒○○○－○○○○  千葉県千葉市中央区○○町○-○ | | | |  |
|  | | | 氏　名 | （法人にあっては、名称及び代表者名） | | | |  |
|  | | |  | 株式会社○○薬品　代表取締役　○○○○ | | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | | | | |

（注意事項）

「代表取締役」と画定図で指定した「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  ※更新申請時のみ記載すること | **第 　　　　　　　号** |

別記様式１－５（別記様式２）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **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。 |

**麻薬研究者免許申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 麻　薬　業　務　所 | | | | 所在地 | | 〒 | | |
| 名　称 | | Tel | | |
| 従として研究に従事する麻薬研究施設  （上記麻薬業務所以外で麻薬を使用する研究施設） | | | | 所在地 | | 〒 | | |
| 名　称 | | Tel | | |
| 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・その他  （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～)  年　　月　　日 | | | | | | | | |
|  | | | 住 所 | | 〒 | | |  |
|  | | |  | |  | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | | | | |

（注事事項）

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 「履歴書」、「研究計画書」、「設置者又は施設長の研究同意書」、「金庫の位置を示した研究施設の平面図」及び「金庫の立体図」を添付してください。

3 申請者の住所、氏名欄には、申請する研究者個人の住所、氏名を記載してください。

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

別記様式１－５（別記様式２）記載例

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2,000円  千葉県収入証紙 | 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 |  |

**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。**

**麻薬研究者免許申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 麻　薬　業　務　所 | | | | 所在地 | | 〒○○○－○○○○  千葉県千葉市中央区○○町○-○ | | |
| 名　称 | | ○○大学○○学部  Tel ○○○（○○○）○○○○ | | |
| 従として研究に従事する麻薬研究施設  （上記麻薬業務所以外で麻薬を使用する麻薬研究施設）  **麻薬業務所以外で麻薬を使用する麻薬研究施設がない場合は空欄としてください。** | | | | 所在地 | | 〒 | | |
| 名　称 | | Tel | | |
| 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  **免許希望日がある場合は日付を入力してください。**  **※免許の標準処理期間は21日間です。**  **県が申請書を受理した日から21日以内の日付を設定している場合、希望日の発行とならないことがあります。** | | | | | | | 医師・歯科医師・獣医師・その他  （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～)  令和○年○月○日 | | | | | | | | |
|  | | | 住 所 | | 〒○○○-○○○○  千葉県千葉市美浜区○町○○ | | |  |
|  | | |  | | **申請する麻薬研究者個人の住所、氏名を記載してください。** | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | | | | |

（注事事項）

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 「履歴書」、「研究計画書」、「設置者又は施設長の研究同意書」、「金庫の位置を示した研究施設の平面図」及び「金庫の立体図」を添付してください。

3 申請者の住所、氏名欄には、申請する研究者個人の住所、氏名を記載してください。

別記様式２

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | |

別記様式２　記載例

**原則、麻薬取扱者免許申請書の申請日（県への提出日）から1か月以内の診断書を添付してください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **診　断　書** | | | | | |
| 氏　名 | ○○　○○ | | 性別 | 男 | 女 |
| 生年月日 | ○○○○年○○月○○日 | | 年齢 | ○○歳 | |
| 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 | 令和○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 | 医療法人社団○○会　○○病院  Tel ○○○（○○○）○○○○ | | | |
| 所在地 | 千葉県千葉市中央区○○町○-○ | | | |
| 氏　名  ※押印省略可 | ○○　○○　　　　　　印 | | | |

別記様式３(第１条の４関係)

**麻薬（小売業・卸売業）者役員変更届※1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | 第　　　　号 | | 免許年月日  (有効期間の始期) | | 年　　　月　　　日 | | |
| 麻薬業務所 | 所在地 | 〒 | | | | | | |
| 名　称 | Tel | | | | | | |
| 変更年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
|  | | 職氏名 | | | 職氏名 | | | |
| 変 更 前※2 | | 職氏名 | | | 職氏名 | | | |
|  | | 職氏名 | | | 職氏名 | | | |
|  | | 職氏名 | | | 職氏名 | | | |
| 変 更 後※2,3 | | 職氏名 | | | 職氏名 | | | |
|  | | 職氏名 | | | 職氏名 | | | |
| 変更後の業務を行う役員の欠格条項 | | (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 | |  | | | | | | |
| 上記のとおり、業務を行う役員に変更を生じたので届け出ます。  　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
|  | 住　所 | （法人の場合は、主たる事務所の所在地） | | | | | |  |
|  |  | 〒 | | | | | |  |
|  | 氏　名 | （法人の場合は、名称及び代表者名） | | | | | |  |
|  |  |  | | | | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | | | | |

（注意）

※1 （ ）内の該当する免許の種類に○を付けてください。

※2 変更前と変更後の欄には、業務を行う役員全員を記載すること。

※3 新たに役員となった者に係る診断書（原則1か月以内のもの、別記様式2)を必ず添付してください。

別記様式３(第１条の４関係)　記載例

**麻薬（小売業・卸売業）者役員変更届※1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | ○○第○○号  **該当する免許の種類に○を付けてください。** | | 免許年月日  (有効期間の始期) | | 令和○年○月○日 | | |
| 麻薬業務所 | 所在地 | 〒○○○－○○○○  千葉県千葉市中央区○○町○-○ | | | | | | |
| 名　称 | 株式会社○○薬局　千葉店  Tel ○○○（○○○）○○○○ | | | | | | |
| 変更年月日 | | 令和○年○月○日 | | | | | | |
|  | | 職氏名　代表取締役　○○ ○○ | | | 職氏名 | | | |
| 変 更 前※2 | | 職氏名　取締役　　　△△ △△ | | | 職氏名 | | | |
|  | | 職氏名 | | | 職氏名 | | | |
|  | | 職氏名　代表取締役　△△ △△ | | | 職氏名 | | | |
| 変 更 後※2,3 | | 職氏名　取締役　　　□□ □□ | | | 職氏名 | | | |
|  | | 職氏名 | | | 職氏名  **新たに役員となった者については、診断書を添付してください。** | | | |
| 変更後の業務を行う役員の欠格条項 | | (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 | |  | | | | | | |
| 上記のとおり、業務を行う役員に変更を生じたので届け出ます。  令和○年○月○日 | | | | | | | | |
|  | 住　所 | （法人の場合は、主たる事務所の所在地） | | | | | |  |
|  |  | 〒○○○-○○○○  千葉県千葉市美浜区○○町○○ | | | | | |  |
|  | 氏　名 | （法人の場合は、名称及び代表者名） | | | | | |  |
|  |  | 株式会社○○薬局　代表取締役　△△ △△ | | | | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | | | | |

（注意）

※1 （ ）内の該当する免許の種類に○を付けてください。

※2 変更前と変更後の欄には、業務を行う役員全員を記載すること。

※3 新たに役員となった者に係る診断書（原則1か月以内のもの、別記様式2)を必ず添付してください。

別記様式４－１（第３条、第４条関係）

**業務（研究）廃止**

**免 許 証 返 納**

**施　 用**

**管　 理**

**研 　究**

**麻薬　　　　　　　者　　　　　　　　　　届※1,2**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | 第　　　　号 | 免許年月日  (有効期間の始期) | 年　　　月　　　日 | |
| 麻薬業務所 | 所在地 | 〒 | | | |
| 名　称 |  | | | |
| 氏　　　名 | |  | | | |
| 業務（研究）廃止又は  免許証返納の事由 | |  | | | |
| 上記事由の年月日 | | 年 　　　月　 　　日 | | | |
| 上記のとおり、（ 業務（研究）を廃止した ・ 免許証を返納したい ）※1 ので免許証を添えて  届け出ます。  　　年　　月　　日 | | | | | |
|  | 住　所※3 |  | | |  |
|  |  | 〒 | | |  |
|  | 届出義務者続柄 | 本人　・　相続人等　　(該当に○をつける) | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  | ふりがな  氏　名※3 |  | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | |

(注意事項)

※1（ ）内の該当する免許の種類、届出内容に○を付けてください。

※2 業務（研究）廃止届

…免許証の有効期間内において、異動や退職等により麻薬業務（研究）を廃止する場合

免許証返納届

…有効期間が満了した免許証を返納する場合や、免許取消し処分により免許証を返納する場合

※3 免許を受けている個人の住所、氏名を記載してください。

別記様式４－１（第３条、第４条関係）記載例

**該当する免許・届出の種類に○を付けてください。**

**業務（研究）廃止**

**免 許 証 返 納**

**施　 用**

**管　 理**

**研 　究**

**麻薬　　　　　　　者　　　　　　　　　　届※1,2**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | 医第○○○号 | 免許年月日  (有効期間の始期) | 令和４年１月１日 | |
| 麻薬業務所 | 所在地 | 〒○○○－○○○○  千葉県千葉市中央区○○町○-○ | | | |
| 名　称 | 医療法人社団○○会　○○病院  Tel ○○○（○○○）○○○○ | | | |
| 氏　　　名 | | ○○　○○○ | | | |
| 業務（研究）廃止又は  免許証返納の事由 | | 退職のため  **該当する届出の内容に○を付けてください。** | | | |
| 上記事由の年月日 | | 令和４年３月３１日 | | | |
| 上記のとおり、（ 業務（研究）を廃止した ・ 免許証を返納したい ）※1 ので免許証を添えて  届け出ます。  令和○年○月○日 | | | | | |
|  | 住　所※3 |  | | |  |
|  |  | 〒○○○-○○○○  千葉県千葉市美浜区○町○○ | | |  |
|  | 届出義務者続柄 | 本人　・　相続人等　　(該当に○をつける) | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  | ふりがな  氏　名※3 | **届出する麻薬施用者・麻薬管理者・麻薬研究者個人の住所、氏名を記載してください。**  **本人死亡の場合は、「相続人等」に〇をつけること。** | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | |

(注意事項)

※1（ ）内の該当する免許の種類、届出内容に○を付けてください。

※2 業務（研究）廃止届

…免許証の有効期間内において、異動や退職等により麻薬業務（研究）を廃止する場合

免許証返納届

…有効期間が満了した免許証を返納する場合や、免許取消し処分により免許証を返納する場合

※3 免許を受けている個人の住所、氏名を記載してください。

別記様式４－２（第３条、第４条関係）

**業 務 廃 止**

**免 許 証 返 納**

**小 売 業**

**卸 売 業**

**麻薬　　　　　　　者　　　　　　　　　　届※1,2**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | 第　　　　号 | 免許年月日  (有効期間の始期) | 年　　　月　　　日 | |
| 麻薬業務所 | 所在地 | 〒 | | | |
| 名　称 |  | | | |
| 氏　　　名  （法人にあっては法人の名称） | |  | | | |
| 業務廃止又は  免許証返納の事由 | |  | | | |
| 上記事由の年月日 | | 年 　　　月　 　　日 | | | |
| 上記のとおり、（ 業務を廃止した ・ 免許証を返納したい ）※1 ので免許証を添えて  届け出ます。  　　年　　月　　日 | | | | | |
|  | 住　所※3 | （法人の場合は、主たる事務所の所在地） | | |  |
|  |  | 〒 | | |  |
|  | 届出義務者続柄 | 本人　・　相続人等　　(該当に○をつける) | | |  |
|  | 氏　名※3 | （法人の場合は、名称及び代表者名） | | |  |
|  |  |  | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | |

(注意事項)

※1（ ）内の該当する免許の種類、届出内容に○を付けてください。

※2 業務（研究）廃止届

…免許証の有効期間内において、異動や退職等により麻薬業務（研究）を廃止する場合

免許証返納届

…有効期間が満了した免許証を返納する場合や、免許取消し処分により免許証を返納する場合

別記様式４－２（第３条、第４条関係）記載例

**該当する免許・届出の種類に○を付けてください。**

**業 務 廃 止**

**免 許 証 返 納**

**小 売 業**

**卸 売 業**

**麻薬　　　　　　　者　　　　　　　　　　届※1,2**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | ○保第○○○号 | 免許年月日  (有効期間の始期) | 令和○年１月１日 | |
| 麻薬業務所 | 所在地 | 〒○○○－○○○○  千葉県千葉市中央区○○町○-○ | | | |
| 名　称 | 株式会社○○薬局　○○店 | | | |
| 氏　　　名  （法人にあっては法人の名称） | | 株式会社○○薬局 | | | |
| 業務廃止又は  免許証返納の事由 | | 有効期間満了のため | | | |
| 上記事由の年月日 | | 令和○年１２月３１日 | | | |
| 上記のとおり、（ 業務を廃止した ・ 免許証を返納したい ）※1 ので免許証を添えて  届け出ます。  **該当する届出の内容に○を付けてください。**  令和○年１月５日 | | | | | |
|  | 住　所※3 | （法人の場合は、主たる事務所の所在地） | | |  |
|  |  | 〒○○○－○○○○  千葉県千葉市中央区○○町○-○ | | |  |
|  | 届出義務者続柄 | 本人　・　相続人等　　(該当に○をつける) | | |  |
|  | 氏　名※3 | （法人の場合は、名称及び代表者名） | | |  |
|  |  | 株式会社○○薬品　代表取締役　○○○○ | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | |

(注意事項)

※1（ ）内の該当する免許の種類、届出内容に○を付けてください。

※2 業務（研究）廃止届

…免許証の有効期間内において、異動や退職等により麻薬業務（研究）を廃止する場合

免許証返納届

…有効期間が満了した免許証を返納する場合や、免許取消し処分により免許証を返納する場合

別記様式５－１（第５条関係）

**麻薬（ 施用 ・ 管理 ・ 研究 ）者免許証記載事項変更届※1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 ※2 | (1) 麻薬業務所 | | 所在地 | | 〒 | | | |
| 名　称 | | Tel | | | |
| (2) 住　　　所 | | | | 〒 | | | |
| (3) 氏　　　名 | | | |  | | | |
| (4) 従たる施設 | | 所在地 | | 〒 | | | |
| 名　称 | | Tel | | | |
| 変　　更　　後 ※2 | (1) 麻薬業務所 | | 所在地 | | 〒 | | | |
| 名　称 | | Tel | | | |
| (2) 住　　　所 | | | | 〒 | | | |
| (3) 氏　　　名 | | | |  | | | |
| (4) 従たる施設 | | 所在地 | | 〒 | | | |
| 名　称 | | Tel | | | |
| 変更の事由及びその年月日 | | | | | （変更の事由） | | | |
| （変更年月日）　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 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。  年　　月　　日 | | | | | | | | |
|  | | 住 所※3 | |  | | | |  |
|  | |  | | 〒 | | | |  |
|  | | 氏 名※3 | |  | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | | | | |

（注意事項）

※1 （ ）内の該当する免許の種類に○を付けてください。

※2 変更のあった事項のみ記載してください。麻薬業務所の変更に伴い、当該麻薬業務所に麻薬取扱者が

1人もいなくなる場合は、「免許の失効時所有麻薬届（別記様式18）」等の提出が必要です。

※3 免許を受けている個人の住所、氏名を記載してください。

別記様式５－１（第５条関係）記載例

**該当する免許の種類に○を付けてください。**

**麻薬（ 施用 ・ 管理 ・ 研究 ）者免許証記載事項変更届※1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免　許　証　の　番　号 | | | | | 医第○○○○○号 | 免　許  年月日 | 令和○年○○月○○日 | |
| 変　更　す　べ　き　事　項 | | | | | 住所の変更、氏名の変更、従たる施設の追加 | | | |
| 変　　更　　前 ※2 | (1) 麻薬業務所 | | 所在地 | | 〒 | | | |
| 名　称 | | Tel | | | |
| (2) 住　　　所 | | | | 〒**○○○**-**○○○**  千葉県千葉市美浜区**○**町**○○** | | | |
| (3) 氏　　　名 | | | | ○○　○○ | | | |
| (4) 従たる施設 | | 所在地 | | 〒 | | | |
| 名　称 | | Tel | | | |
| 変　　更　　後 ※2 | (1) 麻薬業務所  **変更する事項を記載してください。**  **変更のあった箇所のみ記載すること。**  **変更のあった箇所のみ記載すること。**  **旧姓や通称（外国人）を用いる場合は、「本名（旧姓名・通称名）と記載してください。**  **変更のあった箇所のみ記載してください。** | | 所在地 | | 〒 | | | |
| 名　称 | | Tel | | | |
| (2) 住　　　所 | | | | 〒**△△△**-**△△△△**  千葉県千葉市中央区**△**町**△△** | | | |
| (3) 氏　　　名 | | | | △△　○○（○○　○○）　*※旧姓を使用する場合の記載例* | | | |
| (4) 従たる施設 | | 所在地 | | 〒△△△－△△△△  千葉県千葉市中央区△△町△-△ | | | |
| 名　称 | | 医療法人社団○○会　○○クリニック  Tel ○○○（○○○）○○○○ | | | |
| 変更の事由及びその年月日 | | | | | （変更の事由）①異動のため　　　　②結婚のため | | | |
| （変更年月日）①令和○年○月○日　②令和○年○月○日 | | | |
| 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。  令和○年○月○日 | | | | | | | | |
|  | | 住 所※3 | |  | | | |  |
|  | |  | | 〒**△△△**-**△△△△**  千葉県千葉市中央区**△**町**△△** | | | |  |
|  | | 氏 名※3 | |  | | | |  |
|  | |  | | △△　○○（○○　○○） | | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | | | | |

（注意事項）

※1 （ ）内の該当する免許の種類に○を付けてください。

※2 変更のあった事項のみ記載してください。麻薬業務所の変更に伴い、当該麻薬業務所に麻薬取扱者が

1人もいなくなる場合は、「免許の失効時所有麻薬届（別記様式18）」等の提出が必要です。

※3 免許を受けている個人の住所、氏名を記載してください。

別記様式５－２（第５条関係）

**麻薬（ 小売業 ・ 卸売業 ）者免許証記載事項変更届※1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 ※2 | (1) 麻薬業務所 | | 所在地 | | 〒 | | | |
| 名　称 | | Tel | | | |
| (2) 住　　　所  （法人の場合は、主たる事務所  の所在地） | | | | 〒 | | | |
| (3) 氏　　　名  （法人の場合は、名称及び  代表者名） | | | |  | | | |
| 変　　更　　後 ※2 | (1) 麻薬業務所 | | 所在地 | | 〒 | | | |
| 名　称 | | Tel | | | |
| (2) 住　　　所  （法人の場合は、主たる事務所  の所在地） | | | | 〒 | | | |
| (3) 氏　　　名  （法人の場合は、名称及び  代表者名） | | | |  | | | |
| 変更の事由及びその年月日 | | | | | （変更の事由） | | | |
| （変更年月日）　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 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。  年　　月　　日 | | | | | | | | |
|  | | 住 所 | | （法人の場合は、主たる事務所の所在地） | | | |  |
|  | |  | | 〒 | | | |  |
|  | | 氏 名 | | （法人の場合は、名称及び代表者名） | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | | | | |

（注意事項）

※1 （ ）内の該当する免許の種類に○を付けてください。

※2 変更のあった事項のみ記載してください。麻薬業務所の変更に伴い、当該麻薬業務所に麻薬取扱者が

1人もいなくなる場合は、「免許の失効時所有麻薬届（別記様式18）」等の提出が必要です。

別記様式５－２（第５条関係）記載例

**該当する免許の種類に○を付けてください。**

**麻薬（ 小売業 ・ 卸売業 ）者免許証記載事項変更届※1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免　許　証　の　番　号 | | | | | ○保第○○○号 | 免　許  年月日 | 令和○年○○月○○日 | |
| 変　更　す　べ　き　事　項 | | | | | 法人所在地の変更 | | | |
| 変　　更　　前 ※2 | (1) 麻薬業務所  **変更する事項を記載してください** | | 所在地 | | 〒 | | | |
| 名　称 | | Tel | | | |
| (2) 住　　　所  **変更のあった箇所のみ記載してください。**  （法人の場合は、主たる事務所  の所在地） | | | | 〒○○○－○○○○  千葉県千葉市美浜区○○町○-○ | | | |
| (3) 氏　　　名  （法人の場合は、名称及び  代表者名） | | | |  | | | |
| 変　　更　　後 ※2 | (1) 麻薬業務所 | | 所在地 | | 〒 | | | |
| 名　称 | | Tel | | | |
| (2) 住　　　所  （法人の場合は、主たる事務所  の所在地） | | | | 〒△△△－△△△△  千葉県習志野市△△町△△ | | | |
| (3) 氏　　　名  （法人の場合は、名称及び  代表者名） | | | |  | | | |
| 変更の事由及びその年月日 | | | | | （変更の事由）法人所在地変更のため | | | |
| （変更年月日）令和○年○○月○○日 | | | |
| 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。  令和○年○月○日 | | | | | | | | |
|  | | 住 所 | | （法人の場合は、主たる事務所の所在地） | | | |  |
|  | |  | | 〒△△△－△△△△  千葉県習志野市△△町△△ | | | |  |
|  | | 氏 名 | | （法人の場合は、名称及び代表者名） | | | |  |
|  | |  | | 株式会社○○薬局　代表取締役　○○○○ | | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | | | | |

（注意事項）

※1 （ ）内の該当する免許の種類に○を付けてください。

※2 変更のあった事項のみ記載してください。麻薬業務所の変更に伴い、当該麻薬業務所に麻薬取扱者が

1人もいなくなる場合は、「免許の失効時所有麻薬届（別記様式18）」等の提出が必要です。

別記様式６－１（第６条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **千葉県収入証紙貼付欄（3,200円分）**  ※申請者は消印しないこと。 |

**麻薬（ 施用 ・ 管理 ・ 研究 ）者免許証再交付申請書※1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免　許　証　の　番　号 | | | | 第　　　　号 | 免許年月日  (有効期間の始期) | 年　　月　　日 | |
| 麻 薬 業 務 所 | | 所在地 | | 〒 | | | |
| 名　称 | | Tel | | | |
| 氏　　　名 | | | |  | | | |
| 再交付の事由及びその年月日 | | | | （再交付する理由）  　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 上記のとおり、免許証の再交付を申請します。  　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | |
|  | 住　所※2 | |  | | | |  |
|  |  | | 〒 | | | |  |
|  | 氏　名※2 | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | | | |

(注意事項)

※1 （ ）内の該当する免許の種類に○を付けてください。

※2 免許を受けている個人の住所、氏名を記載してください。

別記様式６－１（第６条関係）記載例

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3,000円  千葉県収入証紙  200円  千葉県収入証紙 |  | **千葉県収入証紙3,200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。** |  |

**該当する免許の種類に○を付けてください。**

**麻薬（ 施用 ・ 管理 ・ 研究 ）者免許証再交付申請書※1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免　許　証　の　番　号 | | | | 第○○○○号 | 免許年月日  (有効期間の始期) | 令和○年○月○日 | |
| 麻 薬 業 務 所 | | 所在地 | | 〒○○○－○○○○  **免許証の紛失により、免許証番号や免許年月日が不明の場合は空欄としてください。**  千葉県千葉市中央区○○町○-○ | | | |
| 名　称 | | 医療法人社団○○会　○○病院  Tel ○○○（○○○）○○○○ | | | |
| 氏　　　名 | | | | ○○ ○○ | | | |
| 再交付の事由及びその年月日 | | | | （再交付する理由）免許証紛失のため  令和○年○○月○○日 | | | |
| 上記のとおり、免許証の再交付を申請します。  　　令和○年○月○日 | | | | | | | |
|  | 住　所※2 | |  | | | |  |
|  |  | | 〒○○○-○○○○  千葉県千葉市美浜区○町○○ | | | |  |
|  | 氏　名※2 | |  | | | |  |
|  |  | | **申請する麻薬取扱者個人の住所、氏名を記載してください。** | | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | | | |

(注意事項)

※1 （ ）内の該当する免許の種類に○を付けてください。

※2 免許を受けている個人の住所、氏名を記載してください。

別記様式６－２（第６条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **千葉県収入証紙貼付欄（3,200円分）**  ※申請者は消印しないこと。 |

**麻薬（ 小売業 ・ 卸売業 ）者免許証再交付申請書※1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免　許　証　の　番　号 | | | | 第　　　　号 | 免許年月日  (有効期間の始期) | 年　　月　　日 | |
| 麻 薬 業 務 所 | | 所在地 | | 〒 | | | |
| 名　称 | | Tel | | | |
| 氏　　　名  （法人にあっては法人の名称） | | | |  | | | |
| 再交付の事由及びその年月日 | | | | （再交付する理由）  　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 上記のとおり、免許証の再交付を申請します。  　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | |
|  | 住　所 | | （法人の場合は、主たる事務所の所在地） | | | |  |
|  |  | | 〒 | | | |  |
|  | 氏　名 | | （法人の場合は、名称及び代表者名） | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | | | |

(注意事項)

※1 （ ）内の該当する免許の種類に○を付けてください。

別記様式６－２（第６条関係）記載例

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3,000円  千葉県収入証紙 | 200円  千葉県収入証紙 |  | **千葉県収入証紙3,200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。** |

**該当する免許の種類に○を付けてください。**

**麻薬（ 小売業 ・ 卸売業 ）者免許証再交付申請書※1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免　許　証　の　番　号 | | | | ○保第○○○号 | 免許年月日  (有効期間の始期) | 令和○年１月１日 | |
| 麻 薬 業 務 所 | | 所在地 | | 〒○○○－○○○○  千葉県千葉市中央区○○町○-○ | | | |
| 名　称 | | 株式会社○○薬局　○○店  Tel ○○○（○○○）○○○○ | | | |
| 氏　　　名  （法人にあっては法人の名称） | | | | 株式会社○○薬局 | | | |
| 再交付の事由及びその年月日 | | | | （再交付する理由）免許証紛失のため  令和○年○○月○○日 | | | |
| 上記のとおり、免許証の再交付を申請します。  　　　　　令和○年○月○日 | | | | | | | |
|  | 住　所 | | （法人の場合は、主たる事務所の所在地） | | | |  |
|  |  | | 〒○○○－○○○○  千葉県千葉市中央区○○町○-○ | | | |  |
|  | 氏　名 | | （法人の場合は、名称及び代表者名） | | | |  |
|  |  | | 株式会社○○薬品　代表取締役　○○○○ | | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | | | |

(注意事項)

※1 （ ）内の該当する免許の種類に○を付けてください。

別記様式７－１（第９条の２関係）

**麻薬小売業者間譲渡許可申請書**

共同して申請する他の麻薬小売業者がその在庫量の不足のため麻薬処方せんにより調剤することが　　　できない場合において、当該不足分を補足する必要があると認めるとき又は麻薬卸売業者から譲り受けた 麻薬であって、その譲受けの日から90日を経過したものを保管しているとき、若しくは麻薬卸売業者から譲り受けた麻薬について、その一部を法第24条第11項若しくは第12項の規定に基づき譲り渡した場合において、その残部であって、その譲渡しの日から90日を経過したものを保管しているときに限り、麻薬を 譲り渡したいので申請します。

　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 譲渡人・譲渡先 | ① | 麻薬業務所 | 免許証の番号 | 第　　　　　　号 |
| 所　在　地 | 〒 |
| 名　　　称 |  |
| 申　請　者 | 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） |  |
| ② | 麻薬業務所 | 免許証の番号 | 第　　　　　　号 |
| 所　在　地 | 〒 |
| 名　　　称 |  |
| 申　請　者 | 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） |  |
| ③ | 麻薬業務所 | 免許証の番号 | 第　　　　　　号 |
| 所　在　地 | 〒 |
| 名　　　称 |  |
| 申　請　者 | 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） |  |
| 代表者の氏名（法人にあっては、名称） | | | |  |
| 備　　考 | | | | 問合せ先： |

千葉県知事　　様

（注意）

１ 用紙の大きさは、A4とすること。

２ 麻薬業務所欄及び申請者欄にその全てを記載することができないときは、別記様式7-2に記載すること。

別記様式７－２（第９条の２関係）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 譲渡人・譲渡先 | ① | 麻薬業務所 | 免許証の番号 | 第　　　　　号 |
| 所 在 地 | 〒 |
| 名　　称 |  |
| 申　請　者 | 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） |  |
| ② | 麻薬業務所 | 免許証の番号 | 第　　　　　号 |
| 所 在 地 | 〒 |
| 名　　称 |  |
| 申　請　者 | 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） |  |
| ③ | 麻薬業務所 | 免許証の番号 | 第　　　　　号 |
| 所 在 地 | 〒 |
| 名　　称 |  |
| 申　請　者 | 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） |  |
| ④ | 麻薬業務所 | 免許証の番号 | 第　　　　　号 |
| 所 在 地 | 〒 |
| 名　　称 |  |
| 申　請　者 | 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） |  |

（注意）

　１　用紙の大きさは、A4とすること。

　　２　余白には、斜線を引くこと。

別記様式７－１（第９条の２関係）記載例

**麻薬小売業者間譲渡許可申請書**

共同して申請する他の麻薬小売業者がその在庫量の不足のため麻薬処方せんにより調剤することが　　　できない場合において、当該不足分を補足する必要があると認めるとき又は麻薬卸売業者から譲り受けた 麻薬であって、その譲受けの日から90日を経過したものを保管しているとき、若しくは麻薬卸売業者から譲り受けた麻薬について、その一部を法第24条第11項若しくは第12項の規定に基づき譲り渡した場合において、その残部であって、その譲渡しの日から90日を経過したものを保管しているときに限り、麻薬を 譲り渡したいので申請します。

**麻薬小売業者免許証の番号を記載してください。**

　　　　　令和○年○月○日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 譲渡人・譲渡先 | ① | 麻薬業務所 | 免許証の番号 | 第○○○○○号 |
| 所　在　地 | 〒○○○-○○○○  　千葉県○○市○○町○－○ |
| 名　　　称 | 株式会社○○薬局　1号店 |
| 申　請　者 | 住　　所  **麻薬小売間譲渡許可における代表者を置く場合は、代表となる者の氏名を記載してください。**  （法人にあっては、  主たる事務所の所在地） | 〒○○○-○○○○  　千葉県○○市○○町○－○ |
| 氏　　名  （法人にあっては、名称） | 株式会社○○薬局　代表取締役　○○○○ |
| ② | 麻薬業務所 | 免許証の番号 | 第○○○○○号 |
| 所　在　地 | 〒○○○-○○○○  　千葉県○○市○○町○－○ |
| 名　　　称 | 株式会社○○薬局　2号店 |
| 申　請　者 | 住　　所  （法人にあっては、  主たる事務所の所在地） | 〒○○○-○○○○  　千葉県○○市○○町○－○ |
| 氏　　名  （法人にあっては、名称） | 株式会社○○薬局　代表取締役　○○○○ |
| ③ | 麻薬業務所 | 免許証の番号 | 第□□□□□号 |
| 所　在　地 | 〒□□□-□□□□  　千葉県□□市□□町□－□ |
| 名　　　称 | 株式会社□□ファーマシー　本店 |
| 申　請　者  **麻薬小売間譲渡許可における代表者を置く場合は、代表となる者の氏名を記載してください。** | 住　　所  （法人にあっては、  主たる事務所の所在地） | 〒■■■-■■■■  　千葉県■■市■■町■－■ |
| 氏　　名  （法人にあっては、名称） | 株式会社□□ファーマシー　代表取締役　□□□□ |
| 代表者の氏名（法人にあっては、名称） | | | | 株式会社○○薬局　代表取締役　○○○○ |
| 備　　考 | | | | 問合せ先：株式会社○○薬局1号店　Tel XXX-XXX-XXXX |

千葉県知事　　様

**申請に関する問い合わせ先を記載してください。**

（注意）

１ 用紙の大きさは、A4とすること。

２ 麻薬業務所欄及び申請者欄にその全てを記載することができないときは、別記様式7-2に記載すること。

別記様式７－２（第９条の２関係）記載例

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 譲渡人・譲渡先 | ① | 麻薬業務所 | 免許証の番号 | 第■■■■■号 |
| 所 在 地 | 〒■■■-■■■■  　千葉県■■市■■町■－■ |
| 名　　称 | 株式会社■■ファーマシー　千葉店 |
| 申　請　者 | 住　　所  （法人にあっては、  主たる事務所の所在地） | 〒■■■-■■■■  　千葉県■■市■■町■－■ |
| 氏　　名  （法人にあっては、名称） | 株式会社□□ファーマシー　代表取締役　□□□□ |
| ② | 麻薬業務所 | 免許証の番号 | 第　　　　　号 |
| 所 在 地 | 〒 |
| 名　　称 |  |
| 申　請　者 | 住　　所  （法人にあっては、  主たる事務所の所在地） | 〒  **余白に斜線を引いてください。** |
| 氏　　名  （法人にあっては、名称） |  |
| ③ | 麻薬業務所 | 免許証の番号 | 第　　　　　号 |
| 所 在 地 | 〒 |
| 名　　称 |  |
| 申　請　者 | 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） |  |
| ④ | 麻薬業務所 | 免許証の番号 | 第　　　　　号 |
| 所 在 地 | 〒 |
| 名　　称 |  |
| 申　請　者 | 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） |  |

（注意）

　１　用紙の大きさは、A4とすること。

　　２　余白には、斜線を引くこと。

別記様式８－１（第９条の２関係）

**麻薬小売業者間譲渡許可変更届**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 許可年月日 | | | 年　　　月　　　日 | 許可番号 | 千葉県指令第　　　　 号 | |
| 変更前 | 麻薬業務所 | | 所在地 |  | | |
| 名　称 |  | | |
| 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） | | |  | | |
| 変更後 | 麻薬業務所 | | 所在地 |  | | |
| 名　称 |  | | |
| 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） | | |  | | |
| 変更・免許の失効の事由及びその年月日 | | | |  | | |
| □　当該許可を受けた他の麻薬小売業者全員の同意を得ている。 | | | | | | |
| 上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可免許の失効・変更を行ったので届け出ます。  　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| ① | | 麻薬業務所名称 | |  | |  |
|  | | 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） | |  | |  |
|  | |  | |  | | |
| ② | | 麻薬業務所名称 | |  | |  |
|  | | 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） | |  | |  |
|  | |  | |  | | |
| 千葉県知事　様 | | | | | | |
| 備　考 | | | 問合せ先： | | | |

（注意）

　１　用紙の大きさは、A4とすること。

　２　届出者欄に、麻薬小売業者間譲渡許可を受けた者のすべてを記載することができないときは、別紙　　（別記様式8-2）に記載すること。

　３　代表者の変更を届け出る場合は、変更前の氏名欄に変更前の代表者を、変更後の氏名欄に変更後の　　代表者を、変更・免許の失効の事由及びその年月日欄に代表者を変更する旨を記載すること。

　４　代表者のみが届出を行う場合は、当該届出の内容について、当該許可を受けた他の麻薬小売業者全員の同意を得た上で、必要事項を記載すること。また、同意を得ている場合は、同意欄にチェックを入れること。

別記様式８－２

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | 麻薬業務所名称 |  |  |
|  | 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） |  |  |
|  |  |  | |
|  | 麻薬業務所名称 |  |  |
|  | 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） |  |  |
|  |  |  | |
|  | 麻薬業務所名称 |  |  |
|  | 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） |  |  |
|  |  |  | |
|  | 麻薬業務所名称 |  |  |
|  | 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） |  |  |
|  |  |  | |
|  | 麻薬業務所名称 |  |  |
|  | 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） |  |  |
|  |  |  | |

（注意）

　１　用紙の大きさは、Ａ４とすること。

２　余白には、斜線を引くこと。

別記様式８－１（第９条の２関係）記載例

**麻薬小売業者間譲渡許可変更届**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 許可年月日  **麻薬小売業者譲渡許可の許可番号**  **（「千葉県指令」で始まる番号）を記載してください。** | | | 令和○年○月○日 | 許可番号 | 千葉県指令第○○○号 | |
| 変更前 | 麻薬業務所 | | 所在地 | 〒□□□-□□□□  　千葉県□□市□□町□－□ | | |
| 名　称 | 株式会社□□ファーマシー　本店 | | |
| 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） | | | 〒□□□-□□□□  　千葉県□□市□□町□－□ | | |
| 氏名（法人にあっては名称） | | | 株式会社□□ファーマシー　代表取締役□□□□ | | |
| 変更後  **代表者が他の麻薬小売業者全員の同意を得た上で、代表者のみが届出を行う　場合は、同意欄にチェックを入れてください。** | 麻薬業務所 | | 所在地 | 〒□□□-□□□□  　千葉県□□市□□町□－□ | | |
| 名　称 | 株式会社□□ファーマシー　本店 | | |
| 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） | | | 〒■■■-■■■■  　千葉県■■市■■町■－■ | | |
| 氏名（法人にあっては名称） | | | 株式会社□□ファーマシー　代表取締役□□□□ | | |
| 変更・免許の失効の事由及びその年月日 | | | | 法人所在地の変更のため　令和4年4月1日 | | |
| ☑　当該許可を受けた他の麻薬小売業者全員の同意を得ている。 | | | | | | |
| 上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可免許の失効・変更を行ったので届け出ます。  　　　令和○年○月○日 | | | | | | |
| ① | | 麻薬業務所名称 | | 株式会社○○薬局　1号店 | |  |
|  | | 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） | | 千葉県○○市○○町○－○ | |  |
|  | | 氏名（法人にあっては、名称） | | 株式会社○○薬局　代表取締役　○○○○ | |  |
|  | |  | |  | | |
| ② | | 麻薬業務所名称  **届出者欄には、全ての麻薬小売業者を記載してください。**  **ただし、代表者が他の麻薬小売業者全員の同意を得た上で届出を行う場合、届出者欄には、代表者の情報のみを記載してください。（代表者以外の情報は記載省略可能です。）** | |  | |  |
|  | | 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） | |  | |  |
|  | |  | |  | | |
| 千葉県知事　様 | | | | | | |
| 備　考 | | | 問合せ先：株式会社○○薬局1号店　Tel XXX-XXX-XXXX | | | |

（注意）

**届出に関する問い合わせ先を記載してください。**

　１　用紙の大きさは、A4とすること。

　２　届出者欄に、麻薬小売業者間譲渡許可を受けた者のすべてを記載することができないときは、別紙　　（別記様式8-2）に記載すること。

　３　代表者の変更を届け出る場合は、変更前の氏名欄に変更前の代表者を、変更後の氏名欄に変更後の　　代表者を、変更・免許の失効の事由及びその年月日欄に代表者を変更する旨を記載すること。

　４　代表者のみが届出を行う場合は、当該届出の内容について、当該許可を受けた他の麻薬小売業者全員の同意を得た上で、必要事項を記載すること。また、同意を得ている場合は、同意欄にチェックを入れること。

別記様式９－１（第９条の２関係）

**麻薬小売業者間譲渡許可申請者追加届**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 許可年月日 | | | 年　　月　　日 | 許可番号 | 千葉県指令第　　　　号 | |
| 追加する麻薬小売業者 | 麻薬業務所 | | 所在地 |  | | |
| 名　称 |  | | |
| 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） | | |  | | |
| □　代表者及び追加する麻薬小売業者のみが届出を行う場合であり、当該許可を受けた他の  麻薬小売業者全員の同意を得ている。 | | | | | | |
| 上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可を受けた麻薬小売業者に他の麻薬小売業者を加える必要があるので届け出ます。共同して申請する他の麻薬小売業者がその在庫量の不足のため麻薬処方　せんにより調剤することができない場合において、当該不足分を補足する必要があると認めるとき又は麻薬卸売業者から譲り受けた麻薬であって、その譲受けの日から90日を経過したものを保管　しているとき、若しくは麻薬卸売業者から譲り受けた麻薬について、その一部を法第24条第11項若しくは第12項の規定に基づき譲り渡した場合において、その残部であって、その譲渡しの日から90日を経過したものを保管しているときに限り、麻薬を譲り渡したいので届け出ます。  　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| ① | | 麻薬業務所名称 | |  | |  |
|  | | 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） | |  | |  |
|  | |  | |  | | |
| ② | | 麻薬業務所名称 | |  | |  |
|  | | 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） | |  | |  |
|  | |  | |  | | |
| ③ | | 麻薬業務所名称 | |  | |  |
|  | | 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） | |  | |  |
|  | |  | |  | | |
| 千葉県知事　様 | | | | | | |
| 備　考 | | | 問合せ先： | | | |

（注意）

　１　用紙の大きさは、A4とすること。

　２　届出者欄に、麻薬小売業者間譲渡許可を受けた者のすべてを記載することができないときは、別紙　（別記様式9-2）に記載すること。

　３　追加する麻薬小売業者については、追加する麻薬小売業者の欄を記載した上で、届出者欄についても必要事項を記載すること。

　４　代表者及び追加する麻薬小売業者のみが届出を行う場合は、当該届出の内容について、当該許可を受けた他の麻薬小売業者全員の同意を得た上で、必要事項を記載すること。また、同意を得ている場合は、同意欄にチェックを入れること。

別記様式９－２（第９条の２関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | 麻薬業務所名称 |  |  |
|  | 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） |  |  |
|  |  |  | |
|  | 麻薬業務所名称 |  |  |
|  | 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） |  |  |
|  |  |  | |
|  | 麻薬業務所名称 |  |  |
|  | 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） |  |  |
|  |  |  | |
|  | 麻薬業務所名称 |  |  |
|  | 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） |  |  |
|  |  |  | |
|  | 麻薬業務所名称 |  |  |
|  | 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） |  |  |
|  |  |  | |

（注意）

　１　用紙の大きさは、Ａ４とすること。

２　余白には、斜線を引くこと。

別記様式９－１（第９条の２関係）記載例

**麻薬小売業者間譲渡許可申請者追加届**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 許可年月日 | | | 令和○年○月○日 | 許可番号 | 千葉県指令第○○○号 | |
| 追加する麻薬小売業者 | 麻薬業務所 | | 所在地 | 〒◇◇◇-◇◇◇◇　千葉県◇◇市◇◇町◇－◇ | | |
| 名　称  **麻薬小売業者譲渡許可の許可番号**  **（「千葉県指令」で始まる番号）を記載してください。** | 株式会社■■ファーマシー　本千葉店 | | |
| 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） | | | 〒■■■-■■■■　千葉県■■市■■町■－■ | | |
| 氏名（法人にあっては名称） | | | 株式会社□□ファーマシー　代表取締役□□□□ | | |
| ☑　代表者及び追加する麻薬小売業者のみが届出を行う場合であり、当該許可を受けた他の  麻薬小売業者全員の同意を得ている。 | | | | | | |
| 上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可を受けた麻薬小売業者に他の麻薬小売業者を加える必要があるので届け出ます。共同して申請する他の麻薬小売業者がその在庫量の不足のため麻薬処方　せんにより調剤することができない場合において、当該不足分を補足する必要があると認めるとき又は麻薬卸売業者から譲り受けた麻薬であって、その譲受けの日から90日を経過したものを保管　しているとき、若しくは麻薬卸売業者から譲り受けた麻薬について、その一部を法第24条第11項若しくは第12項の規定に基づき譲り渡した場合において、その残部であって、その譲渡しの日から90日を経過したものを保管しているときに限り、麻薬を譲り渡したいので届け出ます。  **麻薬小売間譲渡許可の代表者**  **代表者が他の麻薬小売業者全員の同意を得た上で、代表者のみが届出を行う場合は、同意欄にチェックを入れてください。**  　　令和4年4月1日 | | | | | | |
| ① | | 麻薬業務所名称 | | 株式会社○○薬局　1号店 | |  |
|  | | 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） | | 千葉県○○市○○町○－○ | |  |
|  | | 氏名（法人にあっては、名称） | | 株式会社○○薬局　代表取締役　○○○○ | |  |
|  | |  | |  | | |
| ② | | 麻薬業務所名称  **届出者欄には、全ての麻薬小売業者及び追加する麻薬小売業者を記載してください。**  **ただし、代表者が他の麻薬小売業者全員の同意を得た上で届出を行う場合、届出者欄には、「代表者」及び「追加する麻薬小売業者」のみを記載してください。** | | 株式会社■■ファーマシー　本千葉店 | |  |
|  | | 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） | | 千葉県■■市■■町■－■ | |  |
|  | | 氏名（法人にあっては、名称） | | 株式会社□□ファーマシー代表取締役□□□□ | |  |
|  | |  | |  | | |
| ③ | | 麻薬業務所名称 | | **追加する麻薬小売業者** | |  |
|  | | 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） | |  | |  |
|  | |  | |  | | |
| 千葉県知事　様 | | | | | | |
| 備　考 | | | 問合せ先：株式会社○○薬局　1号店　Tel XXX-XXX-XXXX | | | |

（注意）

　１　用紙の大きさは、A4とすること。

**届出に関する問い合わせ先を記載してください。**

　２　届出者欄に、麻薬小売業者間譲渡許可を受けた者のすべてを記載することができないときは、別紙　 （別記様式9-2）に記載すること。

　３　追加する麻薬小売業者については、追加する麻薬小売業者の欄を記載した上で、届出者欄についても 必要事項を記載すること。

　４　代表者及び追加する麻薬小売業者のみが届出を行う場合は、当該届出の内容について、当該許可を受けた他の麻薬小売業者全員の同意を得た上で、必要事項を記載すること。また、同意を得ている場合は、　　同意欄にチェックを入れること。

別記様式１０（第９条の２関係）

**麻薬小売業者間譲渡許可書再交付申請書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 許可番号 | | 千葉県指令第　　　号 | | 許可年月日 | 年　　月　　日 |
| 麻薬業務所 | 所　在　地 |  | | | |
| 名　　　称 |  | | | |
| 再交付の事由  及びその年月日 | | |  | | |
| 上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可書の再交付を申請します。  年　　月　　日  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）  千葉県知事　様 | | | | | |

（注意）

　１　用紙の大きさは、Ａ４とすること。

　２　麻薬小売業者間譲渡許可書を毀損した場合には、当該許可書を添付すること。

別記様式１０（第９条の２関係）記載例

**麻薬小売業者間譲渡許可書再交付申請書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 許可番号 | | 千葉県指令第○○○号 | | 許可年月日 | 令和○年○月○日 |
| 麻薬業務所 | 所　在　地 | 〒○○○-○○○○  千葉県○○市○○町○－○  **麻薬小売業者譲渡許可の許可番号**  **（「千葉県指令」で始まる番号）を記載してください。** | | | |
| 名　　　称 | 株式会社○○薬局　1号店 | | | |
| 再交付の事由  及びその年月日 | | | 紛失のため　　令和４年４月１日 | | |
| 上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可書の再交付を申請します。  令和○年○月○日  住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）  〒○○○-○○○○  千葉県○○市○○町○－○  氏名（法人にあつては、名称）  株式会社○○薬局　代表取締役　○○○○  千葉県知事　様 | | | | | |

（注意）

　１　用紙の大きさは、Ａ４とすること。

　２　麻薬小売業者間譲渡許可書を毀損した場合には、当該許可書を添付すること。

別記様式１１－１（第９条の２関係）

**麻薬小売業者間譲渡許可書返納届**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 許可番号 | | 千葉県指令第　　　号 | 許可年月日 | 年　　月　　日 | |
| 返納の事由 | |  | | | |
| 上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可書を返納します。  　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| ① | 麻薬業務所名称 | |  | |  |
|  | 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） | |  | |  |
|  |  | |  | | |
| ② | 麻薬業務所名称 | |  | |  |
|  | 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） | |  | |  |
|  |  | |  | | |
| ③ | 麻薬業務所名称 | |  | |  |
|  | 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） | |  | |  |
|  |  | |  | | |
| 千葉県知事　様 | | | | | |
| 備　考 | | 問合せ先： | | | |

（注意）

　１　用紙の大きさは、A4とすること。

　２　届出者欄にそのすべてを記載することができないときは、別紙（別記様式11-2）に記載すること。

別記様式１１－２（第９条の２関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | 麻薬業務所名称 |  |  |
|  | 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） |  |  |
|  |  |  | |
|  | 麻薬業務所名称 |  |  |
|  | 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） |  |  |
|  |  |  | |
|  | 麻薬業務所名称 |  |  |
|  | 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） |  |  |
|  |  |  | |
|  | 麻薬業務所名称 |  |  |
|  | 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） |  |  |
|  |  |  | |
|  | 麻薬業務所名称 |  |  |
|  | 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） |  |  |
|  |  |  | |

（注意）

　１　用紙の大きさは、Ａ４とすること。

２　余白には、斜線を引くこと。

別記様式１１－１（第９条の２関係）

**麻薬小売業者間譲渡許可書返納届**

**麻薬小売業者譲渡許可の許可番号（「千葉県指令」で始まる番号）を記載してください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 許可番号 | | 千葉県指令第○○○号 | 許可年月日 | 令和○年○月○日 | |
| 返納の事由 | | 全ての麻薬小売業者が、他の麻薬小売業者に麻薬を譲渡しないことになったため。 | | | |
| 上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可書を返納します。  令和○年○月○日 | | | | | |
| ① | 麻薬業務所名称 | | 株式会社○○薬局　1号店 | |  |
|  | 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） | | 千葉県○○市○○町○○○ | |  |
| **届出者欄には、全ての麻薬小売業者を記載してください。** | 氏名（法人にあっては、名称） | | 株式会社○○薬局　代表取締役　○○○○ | |  |
|  |  | |  | | |
| ② | 麻薬業務所名称 | | 株式会社○○薬局　2号店 | |  |
|  | 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） | | 千葉県○○市○○町△△△ | |  |
|  | 氏名（法人にあっては、名称） | | 株式会社○○薬局　代表取締役　○○○○ | |  |
|  |  | |  | | |
| ③ | 麻薬業務所名称 | | 株式会社○○薬局　3号店 | |  |
|  | 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） | | 千葉県○○市○○町□□□ | |  |
|  | 氏名（法人にあっては、名称） | | 株式会社○○薬局　代表取締役　○○○○ | |  |
|  |  | |  | | |
| 千葉県知事　様 | | | | | |
| 備　考 | | 問合せ先：株式会社○○薬局　1号店　 TEL XXX-XXX-XXXX | | | |

（注意）

**届出に関する問い合わせ先を記載してください。**

　１　用紙の大きさは、A4とすること。

　２　届出者欄にそのすべてを記載することができないときは、別紙（別記様式11-2）に記載すること。

別記様式１１－２（第９条の２関係）記載例

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | 麻薬業務所名称 | 株式会社○○薬局　4号店 |  |
|  | 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） | 千葉県○○市○○町◇◇◇ |  |
|  | 氏名（法人にあっては、名称） | 株式会社○○薬局　代表取締役　○○○○ |  |
|  |  |  | |
|  | 麻薬業務所名称 |  |  |
|  | 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） | **余白に斜線を引いてください。** |  |
|  |  |  | |
|  | 麻薬業務所名称 |  |  |
|  | 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） |  |  |
|  |  |  | |
|  | 麻薬業務所名称 |  |  |
|  | 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） |  |  |
|  |  |  | |
|  | 麻薬業務所名称 |  |  |
|  | 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） |  |  |
|  |  |  | |

（注意）

　１　用紙の大きさは、Ａ４とすること。

２　余白には、斜線を引くこと。

別記様式１２－１

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **麻薬譲受確認書　　（麻薬小売業者間譲渡）** | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | | |
| 麻薬を譲渡する麻薬小売業者の麻薬業務所 | 所在地 | |  | | | |
| 名　称 | |  | | | |
| 麻薬を譲受する麻薬小売業者の麻薬業務所 | 所在地 | |  | | | |
| 名　称 | |  | | | 印 |
| 品　　名 | 容　量 | 個　数 | 数　量 | 製品番号 | 備　　考 | |
|  |  |  |  |  | □ 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲受（不足分の補足）  □ 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲受（90日経過品） | |
|  |  |  |  |  | □ 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲受（不足分の補足）  □ 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲受（90日経過品） | |
|  |  |  |  |  | □ 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲受（不足分の補足）  □ 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲受（90日経過品） | |
|  |  |  |  |  | □ 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲受（不足分の補足）  □ 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲受（90日経過品） | |

（注意）

１　用紙の大きさは、A4とすること。

２　余白には、斜線を引くこと。

　３　**在庫の不足のために麻薬を譲り受ける場合、調剤することができなかった処方せんの写しを添付すること。**

　４　麻薬を譲受する麻薬小売業者の印については、麻薬専用印若しくは薬局開設者印とすること。

　５　備考欄について、麻薬及び向精神薬取締法施行規則第9条の2第1項第1号のイ、ロどちらに該当する譲受であるかチェックを付けること。

別記様式１２－１　記載例

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **麻薬譲受確認書　　（麻薬小売業者間譲渡）** | | | | | | |
| 令和○年○月○日 | | | | | | |
| 麻薬を譲渡する麻薬小売業者の麻薬業務所 | 所在地 | | 千葉県○○市○○町○－○ | | | |
| 名　称 | | 株式会社○○薬局　1号店 | | | |
| 麻薬を譲受する麻薬小売業者の麻薬業務所 | 所在地 | | 千葉県□□市□□町□－□ | | | |
| 名　称 | | 株式会社□□ファーマシー　本店 | | |  |
| 品　　名 | 容　量 | 個　数 | 数　量 | 製品番号 | 備　　考 | |
| MSコンチン錠10mg | PTP 100T | 1 | 5T | ×××××× | ☑ 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲受（不足分の補足）  □ 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲受（90日経過品） | |
| アンペック坐剤10mg | 50個 | 1 | 50個 | ×××××× | □ 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲受（不足分の補足）  ☑ 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲受（90日経過品） | |
|  |  |  |  |  | □ 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲受（不足分の補足）  □ 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲受（90日経過品） | |
|  | **余白に斜線を引いてください。** |  |  |  | □ 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲受（不足分の補足）  **麻薬及び向精神薬取締法施行規則第9条の2第1項第1号のイ、ロどちらに該当する譲受であるかチェックを付けてください。**  □ 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲受（90日経過品） | |

（注意）

１　用紙の大きさは、A4とすること。

２　余白には、斜線を引くこと。

　３　**在庫の不足のために麻薬を譲り受ける場合、調剤することができなかった処方せんの写しを添付すること。**

　４　麻薬を譲受する麻薬小売業者の印については、麻薬専用印若しくは薬局開設者印とすること。

　５　備考欄について、麻薬及び向精神薬取締法施行規則第9条の2第1項第1号のイ、ロどちらに該当する譲受であるかチェックを付けること。

別記様式１２－２

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **麻薬譲渡確認書　　（麻薬小売業者間譲渡）** | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | | |
| 麻薬を譲渡する麻薬小売業者の麻薬業務所 | 所在地 | |  | | | |
| 名　称 | |  | | | 印 |
| 麻薬を譲受する麻薬小売業者の麻薬業務所 | 所在地 | |  | | | |
| 名　称 | |  | | | |
| 品　　名 | 容　量 | 箇　数 | 数　量 | 製品番号 | 備　　考 | |
|  |  |  |  |  | □ 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲渡（不足分の補足）  □ 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲渡（90日経過品） | |
|  |  |  |  |  | □ 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲渡（不足分の補足）  □ 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲渡（90日経過品） | |
|  |  |  |  |  | □ 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲渡（不足分の補足）  □ 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲渡（90日経過品） | |
|  |  |  |  |  | □ 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲渡（不足分の補足）  □ 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲渡（90日経過品） | |

（注意）

１　用紙の大きさは、A4とすること。

２　余白には、斜線を引くこと。

　　　３　麻薬を譲渡する麻薬小売業者の印については、麻薬専用印若しくは薬局開設者印とすること。

　４　備考欄について、麻薬及び向精神薬取締法施行規則第9条の2第1項第1号のイ、ロどちらに該当する譲渡であるかチェックを付けること。

別記様式１２－２ 記載例

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **麻薬譲渡確認書　　（麻薬小売業者間譲渡）** | | | | | | |
| 令和○年○月○日 | | | | | | |
| 麻薬を譲渡する麻薬小売業者の麻薬業務所 | 所在地 | | 千葉県○○市○○町○－○ | | | |
| 名　称 | | 株式会社○○薬局　1号店 | | |  |
| 麻薬を譲受する麻薬小売業者の麻薬業務所 | 所在地 | | 千葉県□□市□□町□－□ | | | |
| 名　称 | | 株式会社□□ファーマシー　本店 | | | |
| 品　　名 | 容　量 | 箇　数 | 数　量 | 製品番号 | 備　　考 | |
| MSコンチン錠10mg | PTP 100T | 1 | 5T | ×××××× | ☑ 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲渡（不足分の補足）  □ 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲渡（90日経過品） | |
| アンペック坐剤10mg | 50個 | 1 | 50個 | ×××××× | □ 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲渡（不足分の補足）  ☑ 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲渡（90日経過品） | |
|  |  |  | **麻薬及び向精神薬取締法施行規則第9条の2第1項第1号のイ、ロどちらに該当する譲受であるかチェックを付けてください。** |  | □ 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲渡（不足分の補足）  □ 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲渡（90日経過品） | |
|  | **余白に斜線を引いてください。** |  |  |  | □ 規則第9条の2第1号(イ)に該当する譲渡（不足分の補足）  □ 規則第9条の2第1号(ロ)に該当する譲渡（90日経過品） | |

（注意）

１　用紙の大きさは、A4とすること。

２　余白には、斜線を引くこと。

　　　３　麻薬を譲渡する麻薬小売業者の印については、麻薬専用印若しくは薬局開設者印とすること。

　４　備考欄について、麻薬及び向精神薬取締法施行規則第9条の2第1項第1号のイ、ロどちらに該当する譲渡であるかチェックを付けること。

別記様式１３（第１０条関係）

**麻　薬　廃　棄　届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | | 第　　　　号 | | 免許年月日  (有効期間の始期) | 年　　　月　　　日 | |
| 免許の種類 | | |  | | 氏　名  （法人にあっては  法人の名称） |  | |
| 麻薬業務所 | | 所在地 | 〒 | | | | |
| 名　称 | Tel | | | | |
| 廃棄しようとする麻薬 | | | 品　　名 | | | 数　　量 | |
|  | | |  | |
| 廃棄の年月日 | | | （県職員記載欄） | | | | |
| 廃棄の場所 | | | （県職員記載欄） | | | | |
| 廃棄の方法 | | | （県職員記載欄） | | | | |
| 廃棄の理由 | | | □ 陳旧化、期限切れにより使用見込がないため  □ 麻薬業務を廃止するため（廃止日：　　　年　　　月　　　日）  □ その他（　　　　　　　　　　　　　 　　　　　） | | | | |
| 上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。  　　　　年　　月　　日 | | | | | | | |
|  | 住　所 | | | （法人にあっては、主たる事務所の所在地） | | |  |
|  |  | | | 〒 | | |  |
|  | 届出義務者続柄 | | | 本人　・　相続人等　　(該当に○をつける) | | |  |
|  | 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)※ 保健所等への持込みによる廃棄を行う場合は、来所時に麻薬帳簿を持参してください。

別記様式１３（第１０条関係）記載例

**麻　薬　廃　棄　届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | | 第○○○○号 | | 免許年月日  (有効期間の始期) | 令和○年○月○日 | |
| 免許の種類 | | | 麻薬小売業者 | | 氏　名  （法人にあっては  法人の名称） | 株式会社○○薬局 | |
| 麻薬業務所 | | 所在地 | 〒○○○-○○○○  千葉県千葉市中央区市場町○-○ | | | | |
| 名　称 | 株式会社○○薬局　千葉店  Tel **○○○（○○○）○○○○** | | | | |
| 廃棄しようとする麻薬 | | | 品　　名 | | | 数　　量 | |
| アヘンチンキ  MSコンチン錠10mg  オキノーム散10mg | | | 10.0 mL  15 錠  5 包 | |
| 廃棄の年月日 | | | （県職員記載欄） | | | | |
| 廃棄の場所 | | | （県職員記載欄） | | | | |
| 廃棄の方法 | | | （県職員記載欄）  **廃棄の理由を記載してください。** | | | | |
| 廃棄の理由 | | | □ 陳旧化、期限切れにより使用見込がないため  ☑ 麻薬業務を廃止するため（廃止日：　令和　▲年　▲月　▲日）  □ その他（　　　　　　　　　　　　　 　　　　　） | | | | |
| 上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。  　　令和○年○月○日 | | | | | | | |
|  | 住　所 | | | （法人にあっては、主たる事務所の所在地） | | |  |
|  |  | | | 〒○○○-○○○○  千葉県千葉市中央区亥鼻○-○ | | |  |
|  | 届出義務者続柄 | | | 本人　・　相続人等　　(該当に○をつける) | | |  |
|  | 氏　名 | | | （法人にあっては、名称及び代表者名） | | |  |
|  |  | | | 株式会社○○薬局　代表取締役　○○ ○○ | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | | | |

(注意事項)※ 保健所等への持込みによる廃棄を行う場合は、来所時に麻薬帳簿を持参してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **麻　薬　譲　受　証**  　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 譲受人の免許証の番号 | | 第　　　　　　号 | 譲受人の免許の種類 | | | |  | | | |
| 譲受人の氏名（法人にあっては、名称） | |  | | | | | | | | ㊞ |
| 譲受人が麻薬診療施設の開設者又は麻薬研究施設の設置者の場合は当該施設において麻薬を管理する麻薬管理者、麻薬施用者、麻薬研究者 | | 免許証の番号 | 第　　　　　号 | | 氏　名 | | |  | | ㊞ |
| 麻薬業務所 | 所　在　地 |  | | | | | | | | |
| 名　　　称 |  | | | | | | | | |
| 品　名 | | 容　量 | | 箇　数 | | 数　量 | | | 備　考 | |
|  | |  | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | |

別記様式１４（第１２条関係）

（注意）　１　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４とすること。

２　余白には、斜線を引くこと。

別記様式１５（第１２条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **麻　薬　譲　渡　証**  　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 譲渡人の免許証の番号 | | 第　　　　　　号 | 譲渡人の免許の種類 | | |  | | |
| 譲渡人の氏名（法人にあっては、名称） | |  | | | | | | ㊞ |
| 麻薬業務所 | 所　在　地 |  | | | | | | |
| 名　　　称 |  | | | | | | |
| 品　名 | | 容　量 | | 箇　数 | 数　量 | | 備　考 | |
|  | |  | |  |  | |  | |
|  | |  | |  |  | |  | |
|  | |  | |  |  | |  | |
|  | |  | |  |  | |  | |
|  | |  | |  |  | |  | |
|  | |  | |  |  | |  | |

（注意）１　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４とすること。

２　余白には、斜線を引くこと。

別記様式１６（第１２条の５関係）

**麻　薬　事　故　届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | | 第　　　　号 | | 免許年月日  (有効期間の始期) | 年　　　月　　　日 | |
| 免許の種類 | | |  | | 氏　名  （法人にあっては  法人の名称） |  | |
| 麻薬業務所 | | 所在地 | 〒 | | | | |
| 名　称 | Tel | | | | |
| 事故が生じた麻薬 | | | 品　　名 | | | 数　　量 | |
|  | | |  | |
| 事故発生の状況 | | |  | | | | |
| 事故発生年月日、  場所、事故の種類 | | |  | | | | |
| 上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。  　　　　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 | | | | | | | |

別記様式１６（第１２条の５関係）記載例

**麻　薬　事　故　届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | | 第○○○○号 | | 免許年月日  (有効期間の始期) | 令和○年○月○日 | |
| 免許の種類 | | | 麻薬管理者 | | 氏　名  （法人にあっては  法人の名称） | □□　□□ | |
| 麻薬業務所 | | 所在地 | 〒○○○-○○○○  千葉県千葉市中央区市場町○-○ | | | | |
| 名　称 | 医療法人○○会　○○病院  Tel ○○○（○○○）○○○○ | | | | |
| 事故が生じた麻薬 | | | 品　　名 | | | 数　　量 | |
| **アヘンチンキ** | | | **1.5 mL** | |
| 事故発生の状況 | | | 令和○年○月○日午後2時30分頃、医師○○○○の処方に基づき、患者○○○○の薬剤を調剤していたところ、薬剤師○○○○が誤って容器を転倒させ、アヘンチンキ1.5mLを床にこぼしてしまった。  流出したアヘンチンキはペーパータオルで拭き取った後、麻薬管理者□□□□立合いのもと、適切に廃棄した。 | | | | |
| 事故発生年月日、  場所、事故の種類 | | | 事故発生年月日：令和○年○月○日  事故発生場所　：医療法人○○会　○○病院　調剤室  事故の種類　　：滅失（流出） | | | | |
| 上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。  　　令和○年○月○日 | | | | | | | |
|  | 住　所 | | | （法人にあっては、主たる事務所の所在地） | | |  |
|  |  | | | 〒○○○-○○○○  千葉県千葉市中央区長洲○－○ | | |  |
|  | 氏　名 | | | （法人にあっては、名称及び代表者名） | | |  |
|  |  | | | □□　□□ | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | | | |

別記様式１７（第１２条の６関係）

**調剤済麻薬廃棄届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | | 第　　　　号 | | | 免許年月日  (有効期間の始期) | | 年　　　月　　　日 | | |
| 免許の種類 | | |  | | | 氏　名  （法人にあっては  法人の名称） | |  | | |
| 麻薬業務所 | | 所在地 | 〒 | | | | | | | |
| 名　称 | Tel | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | |
| 上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。  　　　　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 | | | | | | | | | | |

別記様式１７（第１２条の６関係）

**調剤済麻薬廃棄届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | | 第○○○○号 | | | 免許年月日  (有効期間の始期) | | 令和○年○月○日 | | |
| 免許の種類 | | | 麻薬管理者 | | | 氏　名  （法人にあっては  法人の名称） | | □□　□□ | | |
| 麻薬業務所 | | 所在地 | 〒○○○-○○○○  千葉県千葉市中央区市場町○-○ | | | | | | | |
| 名　称 | 医療法人○○会　○○病院  Tel ○○○（○○○）○○○○ | | | | | | | |
| 廃棄した麻薬 | | | 品　　名 | | 数　　量 | | 廃棄年月日 | | 患者の氏名 | |
| 1.MSｺﾝﾁﾝ錠10mg  2.ﾌｪﾝﾄｽﾃｰﾌﾟ4mg  3.ｵｷﾉｰﾑ散2.5mg  4.ｵｷｼｺﾝﾁﾝTR錠5mg | | 16錠  7枚  2包  3錠 | | R4.○.○○  R4.○.○○  R4.○.○○  R4.○.○○ | | ○○ ○○  ○○ ○○  △△ △△  □□ □□ | |
| 廃棄の方法 | | | 1.粉砕後、水とともに下水に放流  2.粘着面を内側に二つ折りにした後、ハサミで細断して廃棄  3.水とともに下水に放流  4.ガムテープに錠剤を包み、錠剤が見えないようにして廃棄 | | | | | | | |
| 廃棄の理由 | | | 1.2.3.4 患者死亡のため | | | | | | | |
| 上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。  　　令和○年○月○日 | | | | | | | | | | |
|  | 住　所 | | | （法人にあっては、主たる事務所の所在地） | | | | | |  |
|  |  | | | 〒○○○-○○○○  千葉県千葉市中央区長洲○－○ | | | | | |  |
|  | 氏　名 | | | （法人にあっては、名称及び代表者名） | | | | | |  |
|  |  | | | □□　□□ | | | | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | | | | | | |

別記様式１８

**免許の失効時所有麻薬届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品　　名※ | | | | 数　量 | 品　　名 | 数　量 | |
|  | | | |  |  |  | |
| 免許失効の事由  及び年月日 | | | （免許失効の理由） | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | |
| 上記のとおり、麻薬及び向精神薬取締法第３６条の規定により届け出ます。  　　年　　月　　日 | | | | | | | |
|  | 麻薬業務所 所在地 | 〒 | | | | |  |
|  | 麻薬業務所 名称 |  | | | | |  |
|  | 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)

　※ 所有している麻薬がない場合は、「在庫なし」と記載してください。

別記様式１８　記載例

**免許の失効時所有麻薬届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品　　名※ | | | | 数　量 | 品　　名 | 数　量 | |
| MSｺﾝﾁﾝ錠10mg  ｵｷﾉｰﾑ散5mg  ﾌｪﾝﾀﾆﾙ注射液0.1mg  ｱﾍﾝﾁﾝｷ | | | | 50錠  20包  20A  25mL | **（注意）**  **免許失効時に麻薬の在庫がある場合、以下の手続きが必要です。**  **在庫麻薬を廃棄する場合　　「麻薬廃棄届（別記様式13）」**  **在庫麻薬を譲渡する場合　　「免許失効による麻薬譲渡届（別記様式19）」**  **麻薬の在庫がない場合は、「在庫なし」と記載してください。** |  | |
| 免許失効の事由  及び年月日 | | | （免許失効の理由）　　　医療法人化のため | | | | |
| 令和○年○月○日 | | | | |
| 上記のとおり、麻薬及び向精神薬取締法第３６条の規定により届け出ます。  令和○年○月○日 | | | | | | | |
|  | 麻薬業務所 所在地 | 〒○○○-○○○○  **麻薬免許証に記載された麻薬業務所の所在地及び名称を記載**  千葉県千葉市中央区市場町○－○ | | | | |  |
|  | 麻薬業務所 名称 | 県庁診療所 | | | | |  |
|  | 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） | 〒○○○-○○○○  **麻薬免許証に記載された開設者の住所及び氏名（名称）を記載**  **※開設者が個人の場合は、個人の住所、氏名を記載**  千葉県千葉市中央区亥鼻○－○ | | | | |  |
|  | 氏名（法人にあっては、名称及び代表者名） | 千葉　太郎 | | | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | | | |

(注意事項)

　※ 所有している麻薬がない場合は、「在庫なし」と記載してください。

別記様式１９

**免許失効による麻薬譲渡届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | | 第　　　　号 | | | | | | 免許年月日  (有効期間の始期) | | | 年　　月　　日 | | | |
| 免許の種類 | | |  | | | | | | 免許失効年月日 | | | 年　　月　　日 | | | |
| 麻薬業務所 | | | 所在地 | | | 〒 | | | | | | | | | |
| 名　称 | | | Tel | | | | | | | | | |
| 免許証に記載  された氏名 | | |  | | | | | | 開設者氏名  又は名称 | | | |  | | |
| 譲渡した麻薬 | 品　名 | | | 数　量 | | | 品　名 | | | 数　量 | | | 品　名 | 数　量 | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  |  | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  |  | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  |  | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  |  | |
| 譲　　受　　者 | 免許証の番号 | | 第　　　　号 | | | | | 免許年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | |
| 免許の種類 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 麻薬業務所 | | 所在地 | | | 〒 | | | | | | | | | |
| 名　称 | | | Tel | | | | | | | | | |
| 免許証に記載  された氏名 | |  | | | | | | 開設者氏名  又は名称  及び住所 | |  | | | | |
| 譲渡年月日 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 譲渡の理由 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 麻薬及び向精神薬取締法第３６条第３項の規定により上記のとおり麻薬を譲渡したので届け  出ます。  　　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 | | | | | | | | | | | | | | | |

別記様式１９　記載例

**免許失効による麻薬譲渡届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号  **麻薬を譲渡する側の麻薬取扱者免許証の内容を　　記載してください。**  **※「免許年月日」は、有効期間の始期を記載** | | | 医第○○○○○号 | | | | | | 免許年月日  (有効期間の始期) | | | 令和2年1月1日 | | | |
| 免許の種類 | | | 麻薬管理者 | | | | | | 免許失効年月日 | | | 令和4年3月31日 | | | |
| 麻薬業務所 | | | 所在地 | | | 〒○○○-○○○○  千葉県千葉市中央区市場町○－○ | | | | | | | | | |
| 名　称 | | | 県庁診療所  電話 ○○○(○○○) ○○○○ | | | | | | | | | |
| 免許証に記載  された氏名 | | | 千葉　太郎 | | | | | | 開設者氏名  又は名称 | | | | 千葉　太郎 | | |
| 譲渡した麻薬 | 品　名 | | | 数　量 | | | 品　名 | | | 数　量 | | | 品　名 | 数　量 | |
| MSｺﾝﾁﾝ錠10mg | | | 50錠 | | |  | | |  | | |  |  | |
| ｵｷﾉｰﾑ散5mg | | | 20包 | | |  | | |  | | |  |  | |
| ﾌｪﾝﾀﾆﾙ注射液0.1mg | | | 20A | | |  | | |  | | |  |  | |
| ｱﾍﾝﾁﾝｷ  **麻薬を譲り受ける側の麻薬取扱者免許証の内容を記載してください。**  **※「免許年月日」は、有効期間の始期を記載** | | | 25mL | | |  | | |  | | |  |  | |
| 譲　　受　　者 | 免許証の番号 | | 医第XXXXX号 | | | | | 免許年月日 | | | | | 令和4年4月1日 | | |
| 免許の種類 | | 麻薬管理者 | | | | | | | | | | | | |
| 麻薬業務所 | | 所在地 | | | 〒○○○-○○○○  千葉県千葉市中央区市場町○－○ | | | | | | | | | |
| 名　称 | | | 医療法人社団△△会　県庁診療所  Tel ○○○(○○○) ○○○○ | | | | | | | | | |
| 免許証に記載  された氏名 | | 千葉　太郎 | | | | | | 開設者氏名  又は名称  及び住所 | | 医療法人社団△△会  理事長　千葉太郎  千葉県千葉市中央区市場町○－○ | | | | |
| 譲渡年月日 | | | 令和4年4月1日 | | | | | | | | | | | | |
| 譲渡の理由 | | | 医療法人化のため | | | | | | | | | | | | |
| 麻薬及び向精神薬取締法第３６条第３項の規定により上記のとおり麻薬を譲渡したので届け  **麻薬を譲渡する側の開設者住所及び氏名（名称）を記載してください。**  **※開設者が個人の場合は、個人の住所、**  **氏名を記載してください。**  出ます。  令和4年4月1日  **麻薬を譲渡する側の開設者住所及び氏名（名称）を記載すること。**  **※開設者が個人の場合は、個人の住所、氏名を記載** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） | | | 〒○○○-○○○○  千葉県千葉市中央区亥鼻○－○ | | | | | | | | | |  |
|  | | 氏名（法人にあっては、名称及び代表者名） | | | 千葉　太郎 | | | | | | | | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | | | | | | | | | | | |

別記様式２０

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品　　名 | | |  | | | | 単位 |  |
| 年　月　日 | | | 受　入 | 払　出 | 残　量 | 備　考 | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |

別記様式２１

