（様式第１号）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※当該事項に○印をつけてください。

|  |
| --- |
| 当該事業所の施用者数はこの申請者を除くと  a.０人　　b.１人　　c.２人以上 |
| 現在麻薬管理者は  a.いる　　　　　b.いない |

**麻薬（**□**施用・**□**管理・**□**小売業・**□**卸売業・**□**研究）者免許申請書（**□**新規・**□**継続）**

※当該事項に✔印をつけてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 旧免許番号 | | 第　　　　　　号 |
| 麻 薬 業 務 所 | 所在地 | （〒　　　－　　　　　　TEL －　　　　－　　　　　） | | | | |
| 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 | （〒　　　－　　　　　　TEL －　　　　－　　　　　） | | | | |
| 名称 |  | | | | |
| 許可又は免許の番号 | □医師 □歯科医師 □薬剤師 □獣医師 | | 免許番号第　　　　　　号 | | 免許又は許可  の年月日 | 大正・昭和・平成・令和  年　　月　　日 |
| □卸売販売業 □薬局 | | 許可番号第　　　　　　号 | |
| 申請者（法人にあっては、その業務を行う役員を含む。）の欠格事項　　※注意　裏面参照 | (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。 | | | □ある（　　　　　　　　　　　　　）□なし | | |
| (2)罰金以上の刑に処せられたこと。 | | | □ある（　　　　　　　　　　　　　）□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に違反したこと。 | | | □ある（　　　　　　　　　　　　　）□なし | | |
| 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

　　　　　　　　　　　　　　　（〒　　　－　　　　TEL　　　－　　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　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、名称及び代表者の氏名）

熊本県知事　　　　　　　　　　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 文書分類 | 分類記号 | | | 006-003-002-001 | | | | | | 主題名 | | | | | 申請の受付及び審査等に関する文書 | | | | | 保存期限 | | | | | ５年 | | | | | | |
| 決裁区分 | □　所長 | | | １　本申請書を進達してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | 起案　令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| □　課長 | | | ２　本申請について、免許証を交付してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬務衛生課長  （所長） | 審議員  （次長） | | | （次長） | | | | (薬事担当)  （課長） | | | | | (監視麻薬担当)  （主幹） | | | 起案者 | 課　　員 | | | | | | 文書審査 | | | | | 公印承認 | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |  | | | | | | 厚生省令第１４号別記第２号様式であるため  審査不要 | | | | |  | | | |
| 保健所受付日付印 | | 保健所決裁日付印 | | | | | | 保健所発送日付印 | | | | | | | 薬務衛生課受付日付印 | | 薬務衛生課決裁日付印 | | | | | | | | 薬務衛生課発送日付印 | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | |  | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| 衛生総合情報システム受付番号（保健所） | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | 衛生総合情報システム  受付番号（薬務衛生課） | | |  |  | |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |
| 免許番号 | | 第　　　　　　　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | | | | 免許年月日 | | 令和　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |

診　断　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　 名  別添１ | |  | |
| 生年月日 | | 大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　月　　　日 | |
| 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　　　□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、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒**  　　　　　　　　　　　□　なし　　　　□　あり | | | |
| 診断年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 |
| 診　断　者 | 医療機関の所在地  医療機関の名称  医師の氏名 | | （TEL - - ） |

（※注意：欠格事項欄）

①　欠格事項(1)欄の法とは、麻薬及び向精神薬取締法をいう。

②　欠格条項の(1)欄から(3)欄までには、当該事実がないときは「なし」にチェックし、当該事実があるときは、(1)欄にあってはその理由及び年月日を、(2)欄にあってはその罪、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った場合にはその年月日を、(3)欄にあってはその違反の事実及び年月日をチェックすること。

（※注意：診断書記入欄）

①　診断した医師により修正を行う際は、見え消しにて修正前の記載が分かるように修正をしてください。

②　精神機能の障害に関して、「専門家による判断が必要」との診断がある場合は、別途、専門家による診断書が必要になる場合があります。※詳細は、記入上の注意参照

**収入証紙貼付欄**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |

施用者、管理者、小売業者、研究者は４，０００円　卸売業者は１４，８００円

【「専門家による判断が必要」との診断を受けた場合】

別添２

診　　断　　書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏 　名 | |  | | | |
| 生年月日 | | 大正・昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 上記の者について、下記のとおり診断します。  　※　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、業務への支障の程度（できるだけ具体的に）  　・診断名  　・現在の具体的な治療内容（治療内容、服薬名及び量）、現状等  　・業務への支障の有無  　　　□　有  　　　　　業務への支障の程度（できるだけ具体的に）  　　□　無 | | | | | |
| 診断年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 診　　断　　者 | 施設所在地  施 設 名 | | 〒    (℡ 　　 ) | | |
| 診療科名 | |  | 医師名 |  |

（※注意：診断書記入欄）

1. 診療科が一致する主治医又は専門医が記載してください。
2. 診断した医師により修正を行う際は、見え消しにて修正前の記載が分かるように修正をしてください。

麻薬取扱者免許申請の記入上の注意

①　黒（青）インク又は黒（青）ボールペンを用いて、楷書で記入してください。

②　提出部数は１部。ただし、熊本市以外の場合で小売業の新規申請と研究者・卸売業者の申請については２部提出してください。

（提出先）　熊本市の場合　　：熊本県健康福祉部健康局薬務衛生課

熊本市以外の場合：業務所所在地を管轄する保健所

1. 業務内容に応じて、申請区分の□内に、✔印を記入してください。
2. 新規・継続のどちらに該当するか、□内に、✔印を記入してください。

なお、継続の場合は、旧免許番号の欄に番号を記入してください。

1. 麻薬業務所と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の欄には、

所在地と名称を記入するとともに、郵便番号と電話番号を必ず記入してください。

なお、従として診療を行う施設が２ヶ所以上ある場合は、１ヶ所を欄の中に記入していただき、

他の施設については、申請書の一番下の余白に所在地及び名称等を記入してください。

1. 許可又は免許の番号の欄については、申請者の資格の該当する□内に、✔印を記入し、その免許番号

あるいは許可番号をそれぞれの欄に記入してください。

また、免許又は許可の年月日を右の欄に記入してください。

1. 申請者の欠格事項の欄については、各事項に該当する場合があれば、「ある」の□内に、✔印を記入し、内

容を（　）に記入してください。なお、欠格事項に該当しない場合は「なし」の□内に✔印を記入してください。

また、精神機能の障害に関して「専門家による判断が必要」との診断がある場合は、以下により専門家

による診断書を提出してください。

* 診断者が精神科医、心療内科医等の専門家ではない場合は、別添１の診断書に加え、別添２により、

精神科医、心療内科医等の専門家による診断書を提出してください。

* 診断者が精神科医、心療内科医等の専門家で、被診断者の主治医である場合は、別添１の診断書中、

「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」の欄に「業務への支障の有無」に関する

記載があるか確認して提出してください。

1. 施用者、管理者、研究者の申請にあたっては、必ず裏面の診断書に必要事項を記入してください。

また、小売業者、卸売業者の申請にあたっては、麻薬関係業務を行う役員全員の診断書が必要です。

なお、診断書はできる限り最近（発行から１カ月以内が目途）のものを提出するよう努めてください。

1. 施用者、管理者、研究者の申請の際には、免許番号の確認を行いますので、医師等の免許証原本持参

若しくは免許証写しの添付をお願いします。

1. 研究者の免許申請にあたっては、履歴書、麻薬研究に関する計画書等を添付してください。
2. 申請書の太枠のなかは、記入しないでください。

Ｌ

｜

**記入例**

この申請で施用者が２人以上になる場合、同時に管理者免許申請が必要となります。

（様式第１号）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※当該事項に○印をつけてください。

|  |
| --- |
| 当該事業所の施用者数はこの申請者を除くと  a.０人　　b.１人　　c.２人以上 |
| 現在麻薬管理者は  a.いる　　　　　b.いない |

**麻薬（**□**施用・**□**管理・**□**小売業・**□**卸売業・**□**研究）者免許申請書（**□**新規・**□**継続）**

業務内容に応じて、申請区分の□内に、✔印を記入してください。

新規、継続どちらに該当するか、□内に✔印を記入してください。なお、継続の場合は旧免許番号欄に番号を記入してください。

※当該事項に✔印をつけてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 旧免許番号 | | 第　　　　　号 |
| 麻 薬 業 務 所 | 所在地 | （〒　　　－　　　　　　TEL －　　　　－　　　　　） | | | | |
| 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 | （〒　　　－　　　　　　TEL －　　　　－　　　　　）  施用者又は研究者で、麻薬業務所以外の施設で麻薬を扱わない場合は空欄とします。他の業態は記入しません。 | | | | |
| 名称 |  | | | | |
| 許可又は免許の番号 | □医師 □歯科医師 □薬剤師 □獣医師 | | 免許番号第　　　　　　号 | | 免許又は許可  の年月日 | 大正・昭和・平成・令和  年　　月　　日 |
| □卸売販売業 □薬局 | | 許可番号第　　　　　　号 | |
| 申請者（法人にあっては、その業務を行う役員を含む。）の欠格事項　※注意　裏面参照 | (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。 | | | □ある（　　　　　　　　　　　　　）□なし | | |
| (2)罰金以上の刑に処せられたこと。 | | | □ある（　　　　　　　　　　　　　）□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に違反したこと。 | | | □ある（　　　　　　　　　　　　　）□なし | | |
| 備考  許可又は免許の番号の欄については、申請者の資格の該当する□内に、✔印を記入し、その免許番号あるいは許可番号をそれぞれの欄に記入してください。  （例）小売業者の場合、薬局開設許可番号及びその有効期間の初日を記載します。 |  | | | | | |

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（〒　　　－　　　　TEL　　　－　　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　氏名

熊本県知事　　　　　　　　　　様

提出日

(1)～(3)の各事項に該当する場合があれば、「ある」の□内に、✔印を記入し、内容を（　）に記入してください。

なお、欠格事項に該当しない場合は「なし」の□内に✔印を記入してください。

【住所・氏名欄】

施用者、管理者、研究者：申請者の自宅住所と申請者の氏名を記入します。

小売業者、卸売業者：開設者申請者が法人の場合、主たる事務所の所在地、法人名、代表者肩書き、代表者の氏名を記入します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 文書分類 | 分類記号 | | | 006-003-002-001 | | | | | | | 主題名 | | | | | 申請の受付及び審査等に関する文書 | | | | | 保存期限 | | | | ５年 | | | | | |
| 決裁区分 | □　所長 | | | １　本申請書を進達してよろしいか。  太枠内には何も記入しないでください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | 起案　令和　　　年　　　月 　　日 | | | | | | | | | |
| □　課長 | | | ２　本申請について、免許証を交付してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬務衛生課長  （所長） | 審議員  （次長） | | | （次長） | | | | (薬事担当)  （課長） | | | | | | (監視麻薬担当)  （主幹） | | | 起案者 | 課　　員 | | | | | | 文書審査 | | | | 公印承認 | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  |  | | | | | |  | | | |  | | |
| 保健所受付日付印 | | 保健所決裁日付印 | | | | | | 保健所発送日付印 | | | | | | | | 薬務衛生課受付日付印 | | 薬務衛生課決裁日付印 | | | | | | | 薬務衛生課発送日付印 | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | |
| 衛生総合情報システム受付番号（保健所） | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  | 衛生総合情報システム  受付番号（薬務衛生課） | | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 許可番号 | | 第　　　　　　　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | | | | | 免許年月日 | | 令和　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |

（様式第２号）

**麻薬（□施用・□管理・□小売業・□卸売業・□研究）者免許証記載事項変更届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証番号 | | | 第　　　　　号 | | 免許年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| □業務所の変更　　□業務所名称の変更　　□業務所所在地の変更  変更事項 　　□本人住所（法人事務所所在地）の変更　　□本人氏名（法人の名称）の変更  □従たる施設の変更・追加　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
|  | | | | 変更前 | | | 変更後 | |
| 変更内容 | 麻　薬  業務所 | 所在地 | |  | | |  | |
| 名称 | |  | | |  | |
| 業務所名称  ※名称のみ変更の場合はこちらにご記入ください。 | | |  | | |  | |
| 業務所所在地（番地）  ※所在地のみ変更の場合はこちらにご記入ください。 | | |  | | |  | |
| 本人住所  （法人事務所所在地） | | |  | | |  | |
| 本人氏名  （法人名称） | | |  | | |  | |
| 従たる  施設 | 所在地 | |  | | |  | |
| 名称 | |  | | |  | |
| その他 | | |  | | |  | |
| 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  　　　　　　　　　　　　　　　（〒　　　－　　　　TEL　　　－　　　　－　　　　）  　　　　　　　　　　　　　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、名称及び代表者の氏名）  熊本県知事　　　　　　　　　様 | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 文書分類 | 分類記号 | | | 006-004-001-001 | | | | | | | 主題名 | | | | | 届出又は報告に関する文書 | | | | | 保存期限 | | | | | ３年 | | | | | | |
| 決裁区分 | □　所長 | | | １　本届出書を進達してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | 起案　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| □　課長 | | | ２　本届について、免許証の記載事項を変更し、書換交付してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬務衛生課長  （所長） | 審議員  （次長） | | | （次長） | | | | (薬事担当)  (課長) | | | | | | (監視麻薬担当)  (主幹) | | | 起案者 | 課　　員 | | | | | | 文書審査 | | | | | 公印承認 | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  |  | | | | | | 厚生省令第１４号別記第２号様式であるため  審査不要 | | | | |  | | | |
| 保健所受付日付印 | | 保健所決裁日付印 | | | | | | 保健所発送日付印 | | | | | | | | 薬務衛生課受付日付印 | | 薬務衛生課決裁日付印 | | | | | | | | 薬務衛生課発送日付印 | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| 衛生総合情報システム  受付番号（保健所） | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  | 衛生総合情報システム  受付番号（薬務衛生課） | | |  |  | |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |

麻薬取扱者免許証記載事項変更届の記入上の注意

①　黒（青）インク又は黒（青）ボールペンを用いて、楷書で記入してください。

②　提出部数は１部。ただし、研究者・卸売業者については２部提出してください。

（提出先）　熊本市の場合　　：熊本県健康福祉部健康局薬務衛生課

熊本市以外の場合：業務所所在地を管轄する保健所

③　業務内容に応じて、申請区分の□内に、✔印を記入してください。

④　変更事項欄については、該当するすべての変更事項の□内に、✔印を記入してください。

⑤　変更内容欄については、該当する変更事項の欄に変更前と変更後の内容を記入してください。

⑥　届出欄の住所、氏名欄には施用者・管理者・研究者については、個人の住所、氏名を記入し、小売業者・卸売業者については、法人の所在地、法人名及び代表者の氏名を記入してください。

⑦　届出にあたっては、必ず現在所有している麻薬免許証を添付してください。

⑧　申請書の太枠の中は、記入しないでください。

**記入例**

（様式第２号）

業務内容に応じて、申請区分の□内に、✔印を記入してください。

**麻薬（□施用・□管理・□小売業・□卸売業・□研究）者免許証記載事項変更届**

免許年月日は、有効期間の始期を記入します。

変更すべき事項の□に✔印を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証番号 | | | 第○○○○号 | | 免許年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| □業務所の変更　　□業務所名称の変更　　□業務所所在地の変更  ✔  変更事項 　　□本人住所（法人事務所所在地）の変更　　□本人氏名（法人の名称）の変更  □従たる施設の変更・追加　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
|  | | | | 変更前 | | | 変更後 |
| 変更内容 | 麻　薬  業務所 | 所在地 | | ○○大学病院 | | | ○○診療所 |
| 名称 | | ○○市○○町・・・ | | | ○○市□□町・・・ |
| 業務所名称 | | |  | | |  |
| 業務所所在地  （番地） | | | 注１）この変更で施用者が１人から２人以上になる場合は、先にあるいは同時に管理者免許申請が必要です。 | | |  |
| 本人住所  （法人事務所所在地） | | |  | | |  |
| 本人氏名  （法人名称） | | |  | | |  |
| 従たる  施設 | 所在地 | | 注２）変更前及び変更後の欄は変更のある事項についてのみ記入してください。 | | |  |
| 名称 | |  | | |  |
| その他 | | |  | | |  |
| 変更の事由 | | | | 転勤のため　　　　　　　　　　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。  提出日  変更の事由から１５日以内に提出してください。  　　　　　　年　　月　　日    　　　　　　　　　　　　　住所（〒　　　－　　　　TEL　　　－　　　　－　　　　）  【住所・氏名欄】  ※住所、氏名が変更の場合は、変更後の内容で記入します。  施用者、管理者、研究者：申請者の自宅住所と申請者の氏名を記入します。  小売業者、卸売業者：開設者申請者が法人の場合、主たる事務所の所在地、法人名、代表者肩書き、代表者の氏名を記入します。      　　　　　　　　　　　　　氏名  熊本県知事　　　　　　　　　様 | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 文書分類 | 分類記号 | | | 006-004-001-001 | | | | | | | 主題名 | | | | | 届出又は報告に関する文書 | | | | 保存期限 | | | | | ３年 | | | | | |
| 決裁区分 | □　所長 | | | １　本届出書を進達してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | 起案　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| □　課長 | | | ２　本届について、免許証の記載事項を変更し、書換交付してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬務衛生課長  （所長） | 審議員  （次長） | | | （次長） | | | | (薬事担当)  (課長) | | | | | | (監視麻薬担当)  (主幹) | | | 起案者 | 課　　員 | | | | | 文書審査 | | | | 公印承認 | | | |
|  |  | | | 太枠内には何も記入しないでください。 | | | |  | | | | | |  | | |  |  | | | | |  | | | |  | | | |
| 保健所受付日付印 | | 保健所決裁日付印 | | | | | | 保健所発送日付印 | | | | | | | | 薬務衛生課受付日付印 | | 薬務衛生課決裁日付印 | | | | | | | 薬務衛生課発送日付印 | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | |
| 衛生総合情報システム  受付番号（保健所） | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  | 衛生総合情報システム  受付番号（薬務衛生課） | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |

（様式第３号）

**麻薬（**□**施用・**□**管理・**□**小売業・**□**卸売業・**□**研究）者免許証再交付申請書**

免　許　証　の　番　号　第　　　　　　号　　免　許　年　月　日　　　　　　年　　　　月　　　日

麻　 薬　 所在地

業　務　所　 名　称

氏　　　　　　　　名

再 交 付 の 事 由 　　　　　年　　　月　　　日

及 びそ の 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

　　　　　　　　　　　　　　　（〒　　　－　　　　TEL　　　－　　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　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、名称及び代表者の氏名）

熊本県知事　　　　　　　様

**記入上の注意**

・黒（青）インク又は黒（青）ボールペンを用いて、楷書で記入してください。

・提出部数は１部。ただし、研究者・卸売業者については、２部提出してください。

　　　　（提出先）　熊本市の場合　　　：熊本県健康福祉部健康局薬務衛生課

　　　　　　　　　　熊本市以外の場合　：業務所所在地を管轄する保健所

・業務内容に応じて、申請区分□内に✔印を記入してください。

・再交付の事由欄には、具体的かつ簡潔に紛失等の理由並びにその年月日を記入してください。

* 再交付の事由がき損の場合は、き損した免許証を添付し、紛失の場合は、紛失していた免許証が見つかった時には、すみやかに提出

　してください。

* 収入証紙（2,800円）は、裏面に貼付してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 文書分類 | 分類記号 | | | 006-003-002-001 | | | | | | | 主題名 | | | | | 申請の受付及び審査等に関する文書 | | | | | 保存期限 | | | | | ５年 | | | | | |
| 決裁区分 | □　所長 | | | １　本申請書を進達してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | 起案　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| □　課長 | | | ２　本申請について、免許証を再交付してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬務衛生課長  （所長） | 審議員  （次長） | | | （次長） | | | | (薬事担当)  (課長) | | | | | | (監視麻薬担当)  (主幹) | | | 起案者 | 課　　員 | | | | | | 文書審査 | | | | | 公印承認 | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  |  | | | | | | 厚生省令第１４号別記第２号様式であるため  審査不要 | | | | |  | | |
| 保健所受付日付印 | | 保健所決裁日付印 | | | | | | 保健所発送日付印 | | | | | | | | 薬務衛生課受付日付印 | | 薬務衛生課決裁日付印 | | | | | | | | 薬務衛生課発送日付印 | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| 衛生総合情報システム受付番号（保健所） | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  | 衛生総合情報システム受付番号（薬務衛生課） | | |  |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |

（様式第４号）

**麻薬（□施用・□管理・□小売業・□卸売業・□研究）者免許証返納届**

免　許　証　の　番　号　　第　　　　　号　　　免許年月日　　　　　　　年　　　　月　　　日

麻　 薬　 所　在　地

業　務　所　 名　称

氏　　　　　　　　名

免許証返納の　事　由

及びその　年　月　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

上記のとおり、免許証を返納したいので届け出ます。

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　（〒　　　－　　　　TEL　　　－　　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　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、名称及び代表者の氏名）

熊本県知事　　　　　　　　　様

（注意）免許証を添付して届出してください

(様式第５号)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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、名称及び代表者の氏名） | |  | | | | | | | | |
| 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 |
|  | |  | | |  | |  | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | |  |
| 免　許　の　有　効　期　間 | | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | |

(注意)

余白には、斜線を引くこと。

(様式第６号)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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、名称及び代表者の氏名） | |  | | | | | |
| 麻　薬　業　務　所 | 所　在　地 |  | | | | | |
| 名　　　称 |  | | | | | |
| 品　　　　　　　　名 | | 容　　　量 | | 箇　　　数 | 数　　　量 | | 備　　　考 |
|  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |

(注意)

余白には、斜線を引くこと。

※当該事項に○印をつけてください。

（様式第７号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　当該事業所の施用者数はこの申請者を除くと

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　a.０人　　b.１人　　c.２人以上

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　現在麻薬管理者は

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　a.いる　　　　　b.いない

**麻薬（□施用・□管理・□小売業・□卸売業・□研究）者業務廃止届**

免　許　証　の　番　号　第　　　　　　号　　免　許　年　月　日　　　　　　　年　　　月　　　日

麻　 薬　 所在地

業　務　所　 名　称

氏　　　　　　　　名

業務廃止の事由

及びその年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

上記のとおり、業務を廃止したので、免許証を添えて届け出ます。

　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　（〒　　　－　　　　TEL　　　－　　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　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、名称及び代表者の氏名）

熊本県知事　　　　　　　様

**記入上の注意**

・黒（青）インク又は黒（青）ボールペンを用いて、楷書で記入してください。

・提出部数は１部。ただし、研究者・卸売業者については、２部提出してください。

　　　　（提出先）　熊本市の場合　　　：熊本県健康福祉部健康局薬務衛生課

　　　　　　　　　　熊本市以外の場合　：業務所所在地を管轄する保健所

・業務内容に応じて、申請区分の□内に✔印を記入してください。

・業務廃止の事由については、県外転出、退職、死亡、取扱不要など具体的に記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 文書分類 | 分類記号 | | | | 006-004-001-001 | | | | | | | 主題名 | | | | | | 届出又は報告に関する文書 | | | | | | 保存期限 | | | | ３年 | | | | | |
| 決裁区分 | □　所長 | | | | １　本届出書を進達してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 起案　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| □　課長 | | | | ２　本届について、受理してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬務衛生課長  （所長） | 審議員  （次長） | | | | （次長） | | | | (薬事担当)  (課長) | | | | | | | (監視麻薬担当)  (主幹) | | | 起案者 | | 課員 | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| 保健所受付日付印 | | | | 保健所決裁日付印 | | | | | | | | | 保健所発送日付印 | | | | | | | 薬務衛生課受付日付印 | | | | | | | 薬務衛生課決裁日付印 | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| 衛生総合情報システム受付番号（保健所） | |  |  | | |  |  |  | |  |  | | |  |  | |  | 衛生総合情報システム受付番号（薬務衛生課） | | | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |

（様式第8号）

**麻薬卸売（小売）業者役員変更届**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | 第　　　号 | 免許年月日 | | 年　月　日 |
| 麻　薬  業務所 | 所在地 |  | | | |
| 名　称 |  | | | |
| 変更年月日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 変　更　前 | |  | | | |
| 変　更　後 | |  | | | |
| 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。 | |  | |
| (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。 | |  | |
| 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　　　　　　　　（〒　　　－　　　　TEL　　　－　　　　－　　　　）   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 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、名称及び代表者の氏名 |  |  |   熊本県知事　様 | | | | | |

　（注意）

　１　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。

　２　欠格条項の(1)欄から(3)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)欄にあってはその理由及び年月日を、(2)欄にあってはその罪、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った場合はその年月日を、(3)欄にあってはその事実及び年月日を記載すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 文書分類 | 分類記号 | | | | 006-004-001-001 | | | | | | | 主題名 | | | | | | 届出又は報告に関する文書 | | | | | | 保存期限 | | | | ３年 | | | | | |
| 決裁区分 | □　所長 | | | | １　本届出書を進達してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 起案　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| □　課長 | | | | ２　本届について、受理してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬務衛生課長  （所長） | 審議員  （次長） | | | | （次長） | | | | (薬事担当)  (課長) | | | | | | | (監視麻薬担当)  (主幹) | | | 起案者 | | 課員 | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| 保健所受付日付印 | | | | 保健所決裁日付印 | | | | | | | | | 保健所発送日付印 | | | | | | | 薬務衛生課受付日付印 | | | | | | | 薬務衛生課決裁日付印 | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| 衛生総合情報システム受付番号（保健所） | |  |  | | |  |  |  | |  |  | | |  |  | |  | 衛生総合情報システム受付番号（薬務衛生課） | | | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |

（様式第9号）

残　余　麻　薬　届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　　　　　　　　　　　　 年　　　月　　　日

熊本県知事　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　（〒　　　－　　　　TEL　　　－　　　　－　　　　）

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

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

麻薬及び向精神薬取締法第36条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 麻薬取扱者 | 免許の種類 | | |  | | |
| 免許番号 | | |  | | |
| 氏　名  （法人にあっては、名称及び代表者の氏名） | | |  | | |
| 麻薬業務所 | 所在地 | |  | | |
| 名　称 | |  | | |
| 業務(研究)の廃止または免許の  失効年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 届出の理由 | | | | □業務廃止　　　□移転　　　□法人化  □その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 残余麻薬の品名及び数量 | 品　　名 | | | | 数　　量 | 備　　考 |
|  | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
| 残余麻薬の処置 | | | １　麻薬営業者、麻薬診療施設の開設者又は麻薬研究施設の開設者に譲渡し、残余麻薬譲渡届を提出する予定  ２　麻薬廃棄届を提出し、廃棄する予定  ３　その他（具体的に記入すること。） | | | |

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。

（様式第10号）

残　余　麻　薬　譲　渡　届

年　　　月　　　日

熊本県知事　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（〒　　　－　　　　TEL　　　－　　　　－　　　　）

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

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

麻薬及び向精神薬取締法第36条第3項の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 譲渡者 | 麻薬取扱者 | 免許の種類 | | | |  | | |
| 免許番号 | | | |  | | |
| 氏　　名  （法人にあっては、名称及び代表者の氏名） | | | |  | | |
| 麻薬業務所 | 所在地 | | |  | | |
| 名　称 | | |  | | |
| 業務(研究)の廃止または免許の  失効年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 残余麻薬届出年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 譲受  者 | 麻薬営業者、麻薬診療施設の開設者又は麻薬研究施設の設置者 | | | | 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、名称及び代表者の氏名） |  | | |
| 麻薬取扱者 | 免許の種類 | | | |  | | |
| 免許番号 | | | |  | | |
| 氏　　名  （法人にあっては、名称及び代表者の氏名） | | | |  | | |
| 麻薬業務所 | | 所在地 | |  | | |
| 名　称 | |  | | |
| 譲　渡　年　月　日 | | | | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 譲渡した麻薬の品名及び数量 | 品　　名 | | | | | | 数　　量 | 備　　考 |
|  | | | | | |  |  |
|  | | | | | |  |  |
|  | | | | | |  |  |
|  | | | | | |  |  |
|  | | | | | |  |  |

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。

(様式第11号)

**麻　薬　廃　棄　届**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | 第　　　　　　号 | 免許年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 免許の種類 | |  | 氏　　　名 |  | |
| 麻薬業務所 | 所在地 |  | | | |
| 名　称 |  | | | |
| 廃棄しようとする  麻　　　　　　薬 | | 品　　　　　名 | | | 数　　　　　量 |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
| 廃棄の年月日※ | |  | | | |
| 廃棄の場所※ | |  | | | |
| 廃棄の方法※ | |  | | | |
| 廃棄の理由 | |  | | | |
| 上記のとおり麻薬を廃棄したいので届け出ます。  　　　　年　　　　月　　　　日　　（〒　　　－　　　　TEL　　　－　　　　－　　　　）  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、名称及び代表者の氏名）  熊本県知事　　　　　　　　　　様 | | | | | |

**記入上の注意**

* 黒（青）インク又は黒（青）ボールペンを用いて、楷書で記入してください。
* 提出部数は１部です。

　　　　（提出先）　熊本市の場合　　：熊本県健康福祉部健康局薬務衛生課

　　　　　　　　　　熊本市以外の場合：業務所所在地を管轄する保健所

* 届出書の氏名については、公立病院の場合は院長名を記名し、医療法人の場合は理事長名を記名してください。

・　※欄には記入せずに提出してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁区分 | □　所長 | □　課長 | | 分類記号 | | 006-004-001-001 | | | 主題名 | 届出又は報告に関する文書 | 保存期限 | ３年 |
| 薬務衛生課長  （所長） | 審議員  （次長） | | （次長） | | (薬事担当)  (課長) | | | (監視麻薬担当)  (主幹) | 起案者 | 課員 | | |
|  |  | |  | |  | | |  |  |  | | |
| 受付日付印 | | | 決裁日付印 | | | | 起案　令和　　年　　月　　日  本届について、受理してよろしいか。 | | | | | |
|  | | |  | | | |

（様式第12号）

**調剤済麻薬廃棄届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | 第　　　　　　号 | 免許年月日 | | 年　　　月　　　日 | | |
| 免許の種類 | |  | 氏　　　名 | |  | | |
| 麻薬業務所 | 所在地 |  | | | | | |
| 名　称 |  | | | | | |
| 廃棄した麻薬 | | 品　　　　　名 | | 数量 | | 廃棄年月日 | 患者氏名 |
|  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |
| 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　　　（〒　　　－　　　　TEL　　　－　　　　－　　　　）  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、名称及び代表者の氏名）  熊本県知事　　　　　　　　　　様 | | | | | | | |

**記入上の注意**

* 黒（青）インク又は黒（青）ボールペンを用いて、楷書で記入してください。
* 提出部数は１部です。

　　　　（提出先）　熊本市の場合　　：熊本県健康福祉部健康局薬務衛生課

　　　　　　　　　　熊本市以外の場合：業務所所在地を管轄する保健所

* 廃棄の理由欄については、具体的かつ簡潔に記入してください。
* 廃棄届出は、30日以内に廃棄した麻薬をまとめて届出することができますが、記入欄に記入できない場合は別紙としてください。
* 届出書の氏名については、公立病院の場合は院長名を記名し、医療法人の場合は理事長名を記名してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁区分 | □　所長 | □　課長 | | 分類記号 | | 006-004-001-001 | | | 主題名 | | 届出又は報告に関する文書 | | 保存期限 | ３年 |
| 薬務衛生課長  （所長） | 審議員  （次長） | | （次長） | | (薬事担当)  (課長) | | | (監視麻薬担当)  (主幹) | | 起案者 | | 課員 | | |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |
| 受付日付印 | | | 決裁日付印 | | | | 起案　令和　　年　　月　　日  本届について、受理してよろしいか。 | | | | | | | |
|  | | |  | | | |

（様式第13号）

**麻薬事故届**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | 第　　　　　　号 | 免許年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 免許の種類 | |  | 氏　　　名 | |  |
| 麻薬業務所 | 所在地 |  | | | |
| 名　称 |  | | | |
| 事故が生じた麻薬 | | 品　　　　　名 | | 数　　　　量 | |
|  | |  | |
| 事故発生状況  (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　　　（〒　　　－　　　　ＴＥＬ　　　　－　　　－　　　　）  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、名称及び代表者の氏名）  熊本県知事　　　　　　　　　　様 | | | | | |

**記入上の注意**

* 黒（青）インク又は黒（青）ボールペンを用いて、楷書で記入してください。
* 麻薬業務所の所在地が熊本市の場合は提出部数は１部とし、熊本市以外の場合は、2部提出してください。

　　　　（提出先）　熊本市の場合　　：熊本県健康福祉部健康局薬務衛生課

　　　　　　　　　　熊本市以外の場合：業務所所在地を管轄する保健所

* 事故発生の状況欄には、発生年月日、時間、場所、種類、事故に関与した人物の名前と確認した人の名前を含めた詳細な事故の状況を記入してください。
* 届出欄の氏名については、医療機関においては麻薬管理者名（施用者1人の施設においては施用者名）を、麻薬小売業者等で申請者が法人の場合は、名称及び代表者氏名を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 文書分類 | 分類記号 | | 006-004-001-001 | | 主題名 | | | 届出又は報告に関する文書 | | | | 保存期限 | | ３年 |
| 決裁区分 | □　所長 | | １　本届出書を進達してよろしいか。 | | | | | | | | | 起案　令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| □　課長 | | ２　本届について、受理してよろしいか。 | | | | | | | | |
| 薬務衛生課長  （所長） | 審議員  （次長） | | （次長） | (薬事担当)  (課長) | | | (監視麻薬担当)  (主幹) | | 起案者 | | 課員 | | | |
|  |  | |  |  | | |  | |  | |  | | | |
| 保健所受付日付印 | | 保健所決裁日付印 | | | | 保健所発送日付印 | | | | 薬務衛生課受付日付印 | | | 薬務衛生課決裁日付印 | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | |  | |

（様式第14号）

年　　月　　日

麻　薬　年　間　届

熊本県知事　　　　　　殿

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、名称及び代表者の氏名)

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 | | 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。

（様式第15号）

**麻薬中毒者診断届**

※中毒者届　　　年　　　　番

　　　年　　　月　　　日

熊本県知事　　　　　　　　　　様

病院・診療所の所在地

名　称

届出医師氏名

麻薬及び向精神薬取締法第58条の2第1項の規定により、次のとおり届けます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | | | | |  | | | | | | | * 男 * 女 | | | | 年　　　月　　日生  （　　　才） | | | | | | |
| 住所 | | | | |  | | | | | | | | | | | | 職業 | | |  | | |
| 麻薬中毒診断年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | 原因病名 | | |  | | | | | | | | |
| 中毒症状の概要 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施用した麻薬の品名  ・数量・期間 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **記入上の注意**   * 黒（青）インク又は黒（青）ボールペンを用いて、楷書で記入してください。 * 麻薬業務所の所在地が熊本市の場合は提出部数は１部とし、熊本市以外の場合は、2部提出してください。   　　　　（提出先）　熊本市の場合　　：熊本県健康福祉部健康局薬務衛生課  　　　　　　　　　　熊本市以外の場合：業務所所在地を管轄する保健所  ※印の枠内には記入しないでください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 文書分類 | 分類記号 | | | 006-004-001-001 | | | 主題名 | | 届出又は報告に関する文書 | | | | | | 保存期間 | | | | ３年 | | |  |
| 決裁区分 | □ 所長 | | | １　本届出書を進達してよろしいか。 | | | | | | | | | | | 起案　令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | |
| □ 課長 | | | ２　本届出について、受理してよろしいか。 | | | | | | | | | | |
| 薬務衛生課長  （所長） | | 審議員  （次長） | | | | （次長） | | （薬事担当）(課長) | | (監視麻薬担当)  (主幹) | | | 起案者 | | | | | 課　員 | | | | |
|  | |  | | | |  | |  | |  | | |  | | | | |  | | | | |
| 保健所受付日付印 | | | 保健所決裁日付印 | | | | | 保健所発送日付印 | | | | | 薬務衛生課受付日付印 | | | | | | | | 薬務衛生課決裁日付印 | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | |

（様式第16号）

**麻薬中毒者転帰届**

※中毒者届　　　年　　　　番

　　　年　　　月　　　日

熊本県知事　　　　　　　　　　様

病院・診療所の所在地

名　称

届出医師氏名

麻薬及び向精神薬取締法第58条の2第1項の規定により、次のとおり届けます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | | | | |  | | | | | | | * 男 * 女 | | | | 年　　　月　　日生  （　　　才） | | | | | | |
| 住所 | | | | |  | | | | | | | | | | | | 職業 | | |  | | |
| 転帰年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | 転帰種類 | | | □死亡・□退院・□転院・□中止 | | | | | | | | |
| 退院又は転院先 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考  （退院、転院、中止の場合の施用した麻薬の品名・数量） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **記入上の注意**   * 黒（青）インク又は黒（青）ボールペンを用いて、楷書で記入してください。 * 麻薬業務所の所在地が熊本市の場合は提出部数は１部とし、熊本市以外の場合は、2部提出してください。   　　　　（提出先）　熊本市の場合　　：熊本県健康福祉部健康局薬務衛生課  　　　　　　　　　　熊本市以外の場合：業務所所在地を管轄する保健所  ※印の枠内には記入しないでください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 文書分類 | 分類記号 | | | 006-004-001-001 | | | 主題名 | | | | | 届出又は報告に関する文書 | | | 保存期間 | | | | ３年 | | |  |
| 決裁区分 | □ 所長 | | | １　本届出書を進達してよろしいか。 | | | | | | | | | | | 起案　令和　　年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| □ 課長 | | | ２　本届出について、受理してよろしいか。 | | | | | | | | | | |
| 薬務衛生課長  （所長） | | 審議員  （次長） | | | | （次長） | | （薬事担当）(課長) | | (監視麻薬担当)  (主幹) | | | 起案者 | | | | | 課　員 | | | | |
|  | |  | | | |  | |  | |  | | |  | | | | |  | | | | |
| 保健所受付日付印 | | | 保健所決裁日付印 | | | | | | 保健所発送日付印 | | | | 薬務衛生課受付日付印 | | | | | | | | 薬務衛生課決裁日付印 | |
|  | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | |

（様式第17号）

**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 | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 申請者 | 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、名称及び代表者の氏名） |  |
| ② | 麻薬業務所 | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 申請者 | 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、名称及び代表者の氏名） |  |
| ③ | 麻薬業務所 | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 申請者 | 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、名称及び代表者の氏名） |  |
| 代表者の氏名（法人にあつては、名称） | | | |  |
| 備考 | | | |  |

熊本県知事　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、別紙（様式第18号）に記載すること。

（様式第18号）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 譲渡人 ･ 譲渡先 | ① | 麻薬業務所 | 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）及び代表者の氏名 |  |
| ② | 麻薬業務所 | 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）及び代表者の氏名 |  |
| ③ | 麻薬業務所 | 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、名称及び代表者の氏名） |  |
| ④ | 麻薬業務所 | 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、名称及び代表者の氏名） |  |

　（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。

（様式第19号）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 麻薬譲受確認書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | | 箇数 | 数量 | 備考 |
|  | |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |

　（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印とすること。

　　　５　備考に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記載すること。

　　　６　備考に製品番号を記載すること。

（様式第20号）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 麻薬譲渡確認書　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 備考 |
|  | |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |

　（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印とすること。

　　　４　備考に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記載すること。

　　　５　備考に製品番号を記載すること。。

（様式第21号）

**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 |  |
| 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、名称及び代表者の氏名 | | | |  | |
| 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、名称及び代表者の氏名 | | | |  | |
| 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（法人にあつては、主たる事務所の所在地）  　氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）  ②麻薬業務所名称  　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、名称及び代表者の氏名）  　熊本県知事　様 | | | | | | | | |
| 備考 | |  | | | | | | |

（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全てを記載することができないときは、別紙（様式第22号）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。

（様式第22号）

|  |
| --- |
| 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、名称及び代表者の氏名）  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、名称及び代表者の氏名）  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、名称及び代表者の氏名）  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、名称及び代表者の氏名）  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、名称及び代表者の氏名） |

（様式第23号）

**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 |  |
| 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、名称及び代表者の氏名 | | |  | |
| * 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、名称及び代表者の氏名）  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、名称及び代表者の氏名）  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、名称及び代表者の氏名）  　熊本県知事　様 | | | | | | | |
| 備考 | |  | | | | | |

（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全てを記載することができないときは、別紙（様式第22号）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入した上で、届出者欄についても必要事項を記入すること。

　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、必要事項を記入すること。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。

（様式第24号）

**麻薬小売業者間譲渡許可書再交付申請書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 許可番号 | | 第　　　　　　　号 | | 許可年月日 | 年　　月　　日 |
| 麻薬業務所 | 免許証の番号 | 第　　　　　　　号 | | 免許年月日 | 年　　月　　日 |
| 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、名称及び代表者の氏名）  　熊本県知事　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。

（様式第25号）

**麻薬小売業者間譲渡許可書返納届**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 許可番号 | 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  　麻薬業務所名称  　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、名称及び代表者の氏名）  　麻薬業務所名称  　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、名称及び代表者の氏名）  熊本県知事　様 | | | |

（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、別紙に記載すること。

（様式第26号）

収入証紙

**向精神薬試験研究施設設置者登録申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 向精神薬試験  研究施設 | | 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 申請者の  欠格条項 | 法第51条第3項の規定により登録を取り消されたこと | |  |
| 学術研究又は試験検査の概要 | | |  |
| 上記のとおり、登録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、名称及び代表者の氏名）  熊本県知事　　　　　　　　　　　　　様 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 文書分類 | 分類記号 | | | 006-003-002-001 | | | | | | | 主題名 | | | | | 申請の受付及び審査等に関する文書 | | | | | 保存期限 | | | | | ５年 | | | | | |
| 決裁区分 | □　所長 | | | １　本申請書を進達してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | 起案　令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| □　課長 | | | ２　本申請について、登録証を交付してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬務衛生課長  （所長） | 審議員  （次長） | | | （次長） | | | | (薬事担当)  (課長) | | | | | | (監視麻薬担当)  (主幹) | | | 起案者 | 課　　員 | | | | | | 文書審査 | | | | | 公印承認 | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  |  | | | | | | 厚生省令第１４号別記第２７号様式であるため  審査不要 | | | | |  | | |
| 保健所受付日付印 | | 保健所決裁日付印 | | | | | | 保健所発送日付印 | | | | | | | | 薬務衛生課受付日付印 | | 薬務衛生課決裁日付印 | | | | | | | | 薬務衛生課発送日付印 | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| 衛生総合情報システム受付番号（保健所） | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  | 衛生総合情報システム受付番号（薬務衛生課） | | |  |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 登録番号 | | 第　　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | | | | | 登録年月日 | | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | |

（様式第27号）

**向精神薬試験研究施設設置者登録証記載事項変更届**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録証の番号 | | | 第　　　号 | 登録年月日 | 年　　月　　日 |
| 変更すべき事項 | | |  | | |
| 変更前 | 向精神薬試験研究施設 | 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、名称及び代表者の氏名) | |  | | |
| 変更後 | 向精神薬試験研究施設 | 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、名称及び代表者の氏名) | |  | | |
| 変更の事由及びその年月日 | | |  | | |
| 上記のとおり、登録証の記載事項に変更を生じたので登録証を添えて届け出ます。  　　　　　　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、名称及び代表者の氏名）  熊本県知事　　蒲島　郁夫　様 | | | | | |

（注意）国又は地方公共団体が設置者の場合は、氏名の欄には当該向精神薬試験研究施設の長の氏名を記載すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 文書分類 | 分類記号 | | | 006-004-001-001 | | | | | | | 主題名 | | | | | 申請の受付及び審査等に関する文書 | | | | | 保存期限 | | | | | ３年 | | | | | |
| 決裁区分 | □　所長 | | | １　本届を進達してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | 起案　令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| □　課長 | | | ２　本届について、登録証の記載事項を変更し、書換交付してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬務衛生課長  （所長） | 審議員  （次長） | | | （次長） | | | | (薬事担当)  (課長) | | | | | | (監視麻薬担当)  (主幹) | | | 起案者 | 課　　員 | | | | | | 文書審査 | | | | | 公印承認 | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  |  | | | | | | 厚生省令第１４号別記第２７号様式であるため  審査不要 | | | | |  | | |
| 保健所受付日付印 | | 保健所決裁日付印 | | | | | | 保健所発送日付印 | | | | | | | | 薬務衛生課受付日付印 | | 薬務衛生課決裁日付印 | | | | | | | | 薬務衛生課発送日付印 | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| 衛生総合情報システム受付番号（保健所） | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  | 衛生総合情報システム受付番号（薬務衛生課） | | |  |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 登録番号 | | 第　　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | | | | | 登録年月日 | | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | |

（様式第28号）

**向精神薬試験研究施設設置者試験研究廃止届**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録証の番号 | | 第　　　号 | 登録年月日 | 年　　月　　日 |
| 向精神薬  試験研究  施　　設 | 所在地 |  | | |
| 名　称 |  | | |
| 氏　　　　名 | |  | | |
| 試験研究廃止の事由  及びその年月日 | |  | | |
| 上記のとおり、試験研究を廃止したので登録証を添えて届け出ます。  　　　　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、名称及び代表者の氏名)  熊本県知事　　　　　　　様 | | | | |

（注意）

　国又は地方公共団体が設置者の場合は、氏名の欄には当該向精神薬試験研究施設の長の氏名を記載すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 文書分類 | 分類記号 | | | | 006-004-001-001 | | | | | | | 主題名 | | | | | | 届出又は報告に関する文書 | | | | | | 保存期限 | | | | ３年 | | | | | |
| 決裁区分 | □　所長 | | | | １　本届出書を進達してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 起案　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| □　課長 | | | | ２　本届について、受理してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬務衛生課長  （所長） | 審議員  （次長） | | | | （次長） | | | | (薬事担当)  (課長) | | | | | | | (監視麻薬担当)  (主幹) | | | 起案者 | | 課員 | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| 保健所受付日付印 | | | | 保健所決裁日付印 | | | | | | | | | 保健所発送日付印 | | | | | | | 薬務衛生課受付日付印 | | | | | | | 薬務衛生課決裁日付印 | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| 衛生総合情報システム受付番号（保健所） | |  |  | | |  |  |  | |  |  | | |  |  | |  | 衛生総合情報システム受付番号（薬務衛生課） | | | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |

（様式第29号）

**向精神薬試験研究施設設置者の変更届**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録証の番号 | | 第　　　号 | 登録年月日 | 年　　月　　日 |
| 向精神薬試験研究施設 | 所在地 |  | | |
| 名称 |  | | |
| 変更の事由及び  その年月日 | |  | | |
| 上記の通り変更が生じたので届出ます。  　　　　　　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、名称及び代表者の氏名）    熊本県知事　　　　　　　　様 | | | | |

（注意）

　国又は地方公共団体が設置者の場合は、氏名の欄には当該向精神薬試験研究施設の長の氏名を記載すること。

（様式第30号）

**向精神薬試験研究施設設置者登録証再交付申請書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録証の番号 | | 第　　　号 | 登録年月日 | 年　　月　　日 |
| 向精神薬  試験研究  施　　設 | 所在地 |  | | |
| 名　称 |  | | |
| 氏　　　　名 | |  | | |
| 再交付の事由及び  そ の 年 月 日 | |  | | |
| 上記のとおり、登録証の再交付を申請します。  　　　　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、名称及び代表者の氏名)  熊本県知事　　　　　　　様 | | | | |

（注意）

　国又は地方公共団体が設置者の場合は、氏名の欄には当該向精神薬試験研究施設の長の氏名を記載すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 文書分類 | 分類記号 | | | 006-003-002-001 | | | | | | | 主題名 | | | | | 申請の受付及び審査等に関する文書 | | | | | 保存期限 | | | | | ５年 | | | | | |
| 決裁区分 | □　所長 | | | 本申請について、免許証を再交付してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | 起案　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| □　課長 | | |
| 薬務衛生課長  （所長） | 審議員  （次長） | | | （次長） | | | | (薬事担当)  (課長) | | | | | | (監視麻薬担当)  (主幹) | | | 起案者 | 課　　員 | | | | | | 文書審査 | | | | | 公印承認 | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  |  | | | | | | 厚生省令第１４号別記第２号様式であるため  審査不要 | | | | |  | | |
| 保健所受付日付印 | | 保健所決裁日付印 | | | | | | 保健所発送日付印 | | | | | | | | 薬務衛生課受付日付印 | | 薬務衛生課決裁日付印 | | | | | | | | 薬務衛生課発送日付印 | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| 衛生総合情報システム受付番号（保健所） | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  | 衛生総合情報システム受付番号（薬務衛生課） | | |  |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |

(様式第31号)

**向精神薬事故届**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許（登録）証の番号 | | 第　　　　号 | 免許（登録）年月日 | | 年　　月　　日 |
| 免許（登録）の種類 | |  | | | |
| 向精神薬営業所、向精神薬試験研究施設又は病院等 | 所在地 |  | | | |
| 名　称 |  | | | |
| 事故が生じた向精神薬 | | 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、名称及び代表者の氏名）  熊本県知事　　　　　　　　　　様 | | | | | |
| 記入上の注意  　・字は、墨又はインクを用い、楷書ではっきり書くこと  　・法人の場合は住所の欄には当該事務所の所在地を、氏名欄にはその名称及び代表者の氏名を記載すること。  　・業態欄には、病院、診療所、飼育動物診療施設､向精神薬卸売業者等の別を記載すること。  　・許可証の番号、年月日及び許可の種類は、薬機法の薬局開設の許可又は卸売販売業の許可について記載すること。  　・事故の状況は具体的かつ詳細に記載すること。なお、必要に応じ別紙を用いること。 | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 文書分類 | 分類記号 | | 006-004-001-001 | | 主題名 | | | 届出又は報告に関する文書 | | | | 保存期限 | | ３年 |
| 決裁区分 | □　所長 | | １　本届出書を進達してよろしいか。 | | | | | | | | | 起案　令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| □　課長 | | ２　本届について、受理してよろしいか。 | | | | | | | | |
| 薬務衛生課長  （所長） | 審議員  （次長） | | （次長） | (薬事担当)  (課長) | | | (監視麻薬担当)  (主幹) | | 起案者 | | 課員 | | | |
|  |  | |  |  | | |  | |  | |  | | | |
| 保健所受付日付印 | | 保健所決裁日付印 | | | | 保健所発送日付印 | | | | 薬務衛生課受付日付印 | | | 薬務衛生課決裁日付印 | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | |  | |

(様式第32号)

**覚醒剤原料取扱者指定申請書**

覚醒剤取締法第３０条の５において準用する同法第４条第２項の規定により、覚醒剤原料者の指定

を申請します。

年　　　月　　　日

住　所（〒　　　　－　　　　）（℡　　　－　　　－　　　　）

氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

熊本県知事　　　　　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 業務所の所在地  及び名称 | （〒　　　　－　　　　　）（℡　　　　　－　　　　　－　　　　　） |
| 取　扱　品　目 |  |
| 参　考　事　項 |  |

**記入上の注意**

* 黒（青）インク又は黒（青）ボールペンを用いて、楷書で記入してください。
* 業務所の所在地が熊本市の場合は提出部数は１部とし、熊本市以外の場合は、2部提出してください。

　（提出先）　熊本市の場合　　：熊本県健康福祉部健康局薬務衛生課　　　熊本市以外の場合：業務所在地を管轄する保健所

* 申請者が法人の場合は、氏名欄には、その名称及び代表者の氏名を記載すること
* 取扱品目欄には、一般的名称を記載すること。
* 参考事項欄には、①覚醒剤取締法施行規則第９条第４号に規定する者のいずれに該当するかの別及びその業種名、②取扱責任者の

氏名、③その他参考となる事項を記載すること。

・申請書に添付する書類は、１）申請者が法人の場合は、申請者の定款又は寄付行為の写し、２）申請者が法人の場合は、登記の謄本（薬局開設者、医薬品製造販売業者、医薬品販売業者以外）、３）保管場所を中心とした平面見取り図、４）保管場所として倉庫・薬品庫を使用する場合はその面積及び設備、５）金庫等を保管場所として用いる場合は、その立体図（大きさ、重量、材質、施錠状態等）

* 収入証紙（11,700円）は、裏面に貼付してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 文書分類 | 分類記号 | | | | 006-003-002-001 | | | | | | | | 主題名 | | | | | | 申請の受付及び審査等に関する文書 | | | | | | | 保存期限 | | | | | | | ５年 | | | | |
| 決裁区分 | □　所長 | | | | １　本申請書を進達してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 起案　令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| □　課長 | | | | ２　本申請について、指定証を交付してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬務衛生課長  （所長） | 審議員  （次長） | | | | （次長） | | | | (薬事担当)  （課長） | | | | | | (監視麻薬担当)  （主幹） | | | | | 起案者 | | | 課員 | | | | | 文書審査 | | | | | | | 公印承認 | | |
|  |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | |  | | | | | 厚生省令第３０号別記第９号様式であるため  審査不要 | | | | | | |  | | |
| 保健所受付印 | | | 保健所決裁日付印 | | | | | | 保健所発送日付印 | | | | | | | | 薬務衛生課受付日付印 | | | | 薬務衛生課決裁日付印 | | | | | | | | | 薬務衛生課発送日付印 | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 許可番号 | | | 第　　　　　　　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | | | | | 指定年月日 | | | | 令和　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 衛生総合情報システム受付番号（保健所） | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | | 衛生総合情報システム受付番号（薬務衛生課） | | | |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |

(様式第33号)

**覚醒剤原料研究者指定申請書**

覚醒剤取締法第３０条の５において準用する同法第４条第２項の規定により、覚醒剤原料研究者の指定

を申請します。

年　　　月　　　日

住　所（〒　　　　－　　　　）（℡　　　－　　　－　　　　）

氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

熊本県知事　　　　　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 研究所の所在地  及び名称 | （〒　　　　－　　　　　）（℡　　　　　－　　　　　－　　　　　） |
| 覚醒剤原料を必要とする研究事項 |  |
| 参考事項 |  |

**記入上の注意**

* 黒（青）インク又は黒（青）ボールペンを用いて、楷書で記入してください。
* 業務所の所在地が熊本市の場合は提出部数は１部とし、熊本市以外の場合は、2部提出してください。

　（提出先）　熊本市の場合　　：熊本県健康福祉部健康局薬務衛生課　　　熊本市以外の場合：業務所在地を管轄する保健所

* 申請者が法人の場合は、氏名欄には、その名称及び代表者の氏名を記載すること
* 参考事項欄には、月平均覚醒剤原料使用予想量その他参考となるべき事項を記載すること。

・申請書に添付する書類は、１）保管場所を中心とした平面見取り図、２）保管場所として倉庫・薬品庫を使用する場合はその面積及び設備、３）金庫等を保管場所として用いる場合は、その立体図（大きさ、重量、材質、施錠状態等）

* 収入証紙（4,000円）は、裏面に貼付してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 文書分類 | 分類記号 | | | | 006-003-002-001 | | | | | | | | 主題名 | | | | | | 申請の受付及び審査等に関する文書 | | | | | | | 保存期限 | | | | | | | ５年 | | | | |
| 決裁区分 | □　所長 | | | | １　本申請書を進達してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 起案　令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| □　課長 | | | | ２　本申請について、指定証を交付してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬務衛生課長  （所長） | 審議員  （次長） | | | | （次長） | | | | (薬事担当)  （課長） | | | | | | (監視麻薬担当)  （主幹） | | | | | 起案者 | | | 課員 | | | | | 文書審査 | | | | | | | 公印承認 | | |
|  |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | |  | | | | | 厚生省令第３０号別記第９号様式であるため  審査不要 | | | | | | |  | | |
| 保健所受付印 | | | 保健所決裁日付印 | | | | | | 保健所発送日付印 | | | | | | | | 薬務衛生課受付日付印 | | | | 薬務衛生課決裁日付印 | | | | | | | | | 薬務衛生課発送日付印 | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 許可番号 | | | 第　　　　　　　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | | | | | 指定年月日 | | | | 令和　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 衛生総合情報システム受付番号（保健所） | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | | 衛生総合情報システム受付番号（薬務衛生課） | | | |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |

(様式第34号)

**指定証記載事項変更届出書**

年　　月　　日

　　熊本県知事　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　覚醒剤取締法第12条第2項(第12条3項)の規定により、下記のとおり指定証の記載事項

に変更を生じたので、指定証を添えて届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定の種類 | |  | | | |
| 指定証の番号 | | 第　　　　　号 | | 指定年月日 | 年　　月　　日 |
| 変更を生じた事項 | | |  | | |
| 変更前 | 施用機関、研究所又は業務所の名称 | |  | | |
| 住所 | |  | | |
| 氏名 | |  | | |
| 変更後 | 施用機関、研究所又は業務所の名称 | |  | | |
| 住所 | |  | | |
| 氏名 | |  | | |
| 変更の事由及び当該事由の発生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | |

　備考　1　法人の場合は、住所欄には主たる事務所の所在地を、氏名欄にはその名称及び代表者の氏名を記載してください。

　　　　2　研究者の場合は、研究所の所在地、研究所の名称及び研究者の氏名を記載してください。

　　　　3　この様式中不要の文字は、使途に従い抹消してください。

(様式第35号)

**指定証再交付申請書**

年　　月　　日

　　熊本県知事　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　覚醒剤取締法第11条第1項の規定により、下記のとおり指定証の再交付を申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定の種類 |  | | |
| 指定証の番号 | 第　　　　　号 | 指定年月日 | 年　　月　　日 |
| 施用機関、研究所又は業務所 | 所在地 |  | |
| 名称 |  | |
| 再交付事由及び当該事由の発生年月日 | 年　　　月　　　日 | | |

　備考　1　法人の場合は、住所欄には主たる事務所の所在地を、氏名欄にはその名称及び代表者の氏名を記載してください。

　　　　2　研究者の場合は、研究所の所在地、研究所の名称及び研究者の氏名を記載してください。

　　　　3　この様式中不要の文字は、使途に従い抹消してください。

(様式第36号)

**業務等廃止届出書**

年　　月　　日

　　熊本県知事　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　覚醒剤取締法第9条第2項(第9条第3項又は第30条の4第1項)の規定により、下記の

とおり業務(研究)を廃止したので、指定証を添えて届け出ます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定の種類 |  | | |
| 指定証の番号 | 第　　　　　号 | 指定年月日 | 年　　月　　日 |
| 施用機関、研究所又は業務所 | 所在地 |  | |
| 名称 |  | |
| 業務(研究)廃止事由及び当該事由の発生年月日 | 年　　　月　　　日 | | |

　備考　1　法人の場合は、住所欄には主たる事務所の所在地を、氏名欄にはその名称及び代表者の氏名を記載してください。

　　　　2　研究者の場合は、研究所の所在地、研究所の名称及び研究者の氏名を記載してください。

　　　　3　この様式中不要の文字は、使途に従い抹消してください。

(様式第37号)

**指定証返納届出書**

年　　月　　日

　　熊本県知事　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　覚醒剤取締法第10条第1項(第11条第2項)の規定により、下記のとおり指定証を返納します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定の種類 |  | | |
| 指定証の番号 | 第　　　　　号 | 指定年月日 | 年　　月　　日 |
| 施用機関、研究所又は業務所 | 所在地 |  | |
| 名称 |  | |
| 指定証返納事由及び当該事由の発生年月日 | 年　　　月　　　日 | | |

　備考　1　法人の場合は、住所欄には主たる事務所の所在地を、氏名欄にはその名称及び代表者の氏名を記載してください。

　　　　2　研究者の場合は、研究所の所在地、研究所の名称及び研究者の氏名を記載してください。

　　　　3　この様式中不要の文字は、使途に従い抹消してください。

(様式第38号)

**取扱品目等変更届出書**

覚醒剤原料取扱者の取扱品目等に変更を生じたので届け出ます。

　　　年　　月　　日

住　所

氏　名

熊本県知事　　　　　　　様

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定証の番号 | | | 第　　　　号 | 指定年月日 | 年　月　日 |
| 業務所 | | 所在地 |  | | |
| 名称 |  | | |
| 変更すべき事項 | | |  | | |
| 変更前 | 取扱品目等 | |  | | |
| 参考事項 | |  | | |
| 変更後 | 取扱品目等 | |  | | |
| 参考事項 | |  | | |
| 変更の事由及びその事由の発生年月日 | | |  | | |

（備考）

　１　字は、墨又はインクを用い、楷書ではっきりと書くこと。

２　法人の場合は住所欄には主たる事務所の所在地を、氏名欄にはその名称及び代表者の氏名を記載すること。

(様式第39号)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **覚 醒 剤 原 料 譲 受 証**    譲受年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日    譲　受　人  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　印  指定の種類及び番号 | | | | | | | |
| 譲　渡　人 | 住　所 | | |  | | | |
| 氏　名 | | |  | | | |
| 使用の目的 | | |  | | | | |
| 品　目 | | 容　量 | | | 個　数 | 数　量 | 備　考 |
|  | |  | | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |

備考

　１　字は、墨又はインクを用い、楷書ではっきり書くこと。

　２　譲受人が法人の場合は氏名欄にその名称及び代表者の氏名を記載すること。

　３　品名欄には、日本薬局方医薬品にあっては、日本薬局方に定められた名称を、その他にあっては一般的名称を記載すること。

　４　余白には、斜線を引くこと。

(様式第40号)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **覚 醒 剤 原 料 譲 渡 証**    譲渡年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日    譲　渡　人  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印  指定の種類及び番号 | | | | | | |
| 譲　受　人 | 住　所 | |  | | | |
| 氏　名 | |  | | | |
| 品　目 | | 容　量 | | 個　数 | 数　量 | 備　考 |
|  | |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |

備考

　１　字は、墨又はインクを用い、楷書ではっきり書くこと。

　２　譲渡人が法人の場合は氏名欄にその名称及び代表者の氏名を記載すること。

　３　品名欄には、日本薬局方医薬品にあっては、日本薬局方に定められた名称を、その他にあっては一般的名称を記載すること。

　４　余白には、斜線を引くこと。

(様式第41号)

**交付又は調剤済みの医薬品である覚醒剤原料譲受届出書**

覚醒剤取締法第30条の９第１項第６号の規定により交付又は調剤済みの医薬品である覚醒剤原料を譲り受けたことを同法第30条の14第３項の規定により届け出ます。

　　　　　　年　　　月　　　日

住　所

氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

　熊本県知事　　　　　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 譲り渡した者の氏名 |  | |
| 譲り受けた医薬品である覚醒剤原料 | 品　名 | 数　量 |
|  |  |
| 譲り受けた施設の所在地及び名称 |  | |
| 譲り受けた日時 |  | |
| 譲り受けた場所 |  | |
| 譲り受けた事由 |  | |
| 廃棄の日時(予定) |  | |
| 廃棄の場所(予定) |  | |
| 廃棄の方法(予定) |  | |
| 参考事項 |  | |

備考

１　用紙の大きさは、Ａ４とすること。

２　字は、墨又はインクを用い、楷書ではつきり書くこと。

３　申請者が法人の場合は、氏名欄には、その名称及び代表者の氏名を記載すること。ただし、国の開設する病院又は診療所にあつては、その管理者の氏名を、国の開設する飼育動物診療施設にあつては開設者の指定する職員の氏名を記載すること。

４　譲り受けた医薬品である覚醒剤原料の品名及び数量欄には、日本薬局方医薬品にあつては日本薬局方に定められた名称及びその数量を、その他にあつては一般的名称及びその数量を記載すること。

(様式第42号)

**交付又は調剤済みの医薬品である覚醒剤原料廃棄届出書**

覚醒剤取締法第30条の14第２項の規定により交付又は調剤済みの医薬品である覚醒剤原料を廃棄したことを届け出ます。

　　　　　　　年　　月　　　日

住　所

氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

　熊本県知事　　　　　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 廃棄した医薬品である覚醒剤原料 | 品　　名 | 数　　量 |
|  |  |
| 廃棄を行った施設の所在地及び名称 |  | |
| 廃棄の日時 |  | |
| 廃棄の場所 |  | |
| 廃棄の方法 |  | |
| 廃棄の事由 |  | |
| 参考事項 |  | |

備考

１　用紙の大きさは、Ａ４とすること。

２　字は、墨又はインクを用い、楷書ではつきり書くこと。

３　届出者が法人の場合は、氏名欄には、その名称及び代表者の氏名を記載すること。ただし、国の開設する病院又は診療所にあつては、その管理者の氏名を、国の開設する飼育動物診療施設にあつては開設者の指定する職員の氏名を記載すること。

４　廃棄した医薬品である覚醒剤原料の品名及び数量欄には、日本薬局方医薬品にあつては日本薬局方に定められた名称及びその数量を、その他にあつては一般的名称及びその数量を記載すること。

(様式第43号)

**覚醒剤原料廃棄届出書**

覚醒剤取締法第３０条の１３の規定により覚醒剤原料の廃棄を届け出ます。

　 　年　　月　　日

住　所

氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

熊本県知事 様

|  |  |
| --- | --- |
| 廃棄しようとする覚醒剤原料の品目及び数量 |  |
| 廃棄しようとする施設の所在地及び名称 |  |
| 廃棄の日時 |  |
| 廃棄の場所 |  |
| 廃棄の事由 |  |
| 参　考　事　項 |  |
| 記入上の注意  ・字は、墨又はインクを用い、楷書ではっきり書くこと。  ・申請者が法人の場合は、氏名欄には、その名称及び代表者の氏名を記載すること。ただし、国の開設する病院又は診療所にあっては、  　その管理者の氏名を、国の開設する飼育動物診療施設にあっては開設者の指定する職員の氏名を記載すること。  ・廃棄しようとする覚醒剤原料の品目及び数量欄には、日本薬局方医薬品にあっては日本薬局方に定められた名称及びその数量を、その  　他にあっては一般的名称及びその数量を、記載すること | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁区分 | □　所長 | □　課長 | | 分類記号 | | 006-004-001-001 | | | 主題名 | 届出又は報告に関する文書 | 保存期限 | ３年 |
| 薬務衛生課長  （所長） | 審議員  （次長） | | （次長） | | (薬事担当)  (課長) | | | (監視麻薬担当)  (主幹) | 起案者 | 課員 | | |
|  |  | |  | |  | | |  |  |  | | |
| 受付日付印 | | | 決裁日付印 | | | | 起案　令和　　年　　月　　日  本届について、受理してよろしいか。 | | | | | |
|  | | |  | | | |

(様式第44号)

**覚醒剤(覚醒剤原料)事故届出書**

年　　月　　日

　　熊本県知事　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　覚醒剤取締法第23条(第30条の14)の規定により、下記のとおり覚醒剤(覚醒剤原料)の

事故を届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定の種類 |  | | 指定の番号 | | 第　　　　　号 |
| 病院(診療所)、研究所又は業務所 | 所在地 |  | | | |
| 名称 |  | | | |
| 品名 | 数量 | 事故発生年月日 | | 事故の状況 | |
|  |  | 年　　月　　日 | |  | |

　備考　1　法人の場合は、住所欄には主たる事務所の所在地を、氏名欄にはその名称及び代表者の氏名を記載してください。

　　　　2　研究者の場合は、研究所の所在地、研究所の名称及び研究者の氏名を記載してください。

　　　　3　この様式中不要の文字は、使途に従い抹消してください。

(様式第45号)

**指定失効に伴う覚醒剤(覚醒剤原料)所有数量報告書**

年　　月　　日

　　熊本県知事　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(届出義務者　続柄　　　　)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　覚醒剤取締法第24条第1項(第30条の15第1項)の規定により下記のとおり報告します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定の種類 | |  | | | |
| 指定証の番号 | | 第　　　　　号 | | 指定年月日 | 年　　月　　日 |
| 病院(診療所)、研究所又は業務所 | | 所在地 |  | | |
| 名称 |  | | |
| 品名 | | | 数量 | | |
|  | | |  | | |
| 報告の事由及びその事由の発生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | |

　備考　1　法人の場合は、住所欄には主たる事務所の所在地を、氏名欄にはその名称及び代表者の氏名を記載してください。

　　　　2　研究者の場合は、研究所の所在地、研究所の名称及び研究者の氏名を記載してください。

　　　　3　この様式中不要の文字は、使途に従い抹消してください。

(様式第46号)

**指定失効に伴う覚醒剤（覚醒剤原料）譲渡報告書**

年　　月　　日

　　熊本県知事　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(届出義務者　続柄　　　　)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　覚醒剤取締法第24条第2項(第30条の15第2項)の規定により下記のとおり、譲渡したので報告します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 譲渡人 | 指定の種類 |  | | | | 指定の番号 | | 第　　　　　号 |
| 指定証の番号 | 第　　　　　号 | | | 指定年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 病院(診療所)、研究所又は業務所 | 所在地 |  | | | | | |
| 名称 |  | | | | | |
| 譲渡年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 譲受人 | 指定の種類 |  | | | | 指定の番号 | | 第　　　　　号 |
| 指定証の番号 | 第　　　　　号 | | | 指定年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 病院(診療所)、研究所又は業務所 | 所在地 |  | | | | | |
| 名称 |  | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | |
| 品名 | | | | 数量 | | | | |
|  | | | |  | | | | |

　備考　1　法人の場合は、住所欄には主たる事務所の所在地を、氏名欄にはその名称及び代表者の氏名を記載してください。

　　　　2　研究者の場合は、研究所の所在地、研究所の名称及び研究者の氏名を記載してください。

　　　　3　この様式中不要の文字は、使途に従い抹消してください。

(様式第47号)

**指定失効に伴う覚醒剤原料処分願出書**

指定失効等に伴う覚醒剤原料の処分について、覚醒剤取締法第３０条の１５第３項の規定

により、願い出ます。

　　　 年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(届出義務者　続柄　　　　)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

熊本県知事 　　　　　　　　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定の種類 | |  | | | | | |
| 指定証の番号  （病院等は不要） | | 第　　　　　号 | | | | 指定年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 業務所 | 所在地 | | |  | | | |
| 名称 | | |  | | | |
| 品名 | | | | | 数量 | | |
|  | | | | |  | | |
| 届出の事由及び  その事由の発生年月日 | | |  | | | | |

記入上の注意

　・字は、墨又はインクを用い、楷書ではっきり書くこと。

　・法人の場合は住所の欄には主たる事務所の所在地を、氏名欄にはその名称及び代表者の氏名を記載すること。

　・業態欄には、業務廃止等前の業態（病院、診療所、飼育動物診療施設、薬局の別）を記載すること。

　・業務所欄には、業務廃止等前のものを記載すること。