

福岡県医発第 1313 号（総）
平成 20 年 9 月 16 日

各 医 師 会 長 殿



福岡県医師会
会長 横倉 義武
(公印省略)

平成 21 年麻薬取扱者免許申請及び失効免許証の返納
並びに平成 20 年麻薬受払届の提出について

標記について、本年も例年同様、別紙申請要領に基づき実施されますので、
貴会会員の麻薬取扱者に対し周知方お願い申し上げます。

なお、別便にて免許申請書用紙、受払届用紙を送付いたしますが、用紙に不足がございましたらご連絡ください。

小郡三井医師会より

麻薬担当理事 島田昇二郎
会長 丸山 泉

該当者の方には後日種類を送付いたしますので、よろしくお願いいたします。

20 薬 第1664号

平成20年 9月 1日

麻薬関係団体の長 殿

福岡県保健医療介護部薬務課長
(麻 薬 係)



平成21年麻薬取扱者免許申請及び失効免許証の返納
並びに平成20年麻薬受払届の提出について

麻薬行政の推進につきましては、日頃からご協力いただき厚くお礼申し上げます。

さて、標記の件につきまして、別紙「麻薬取扱者免許等申請要領」に基づき実施しますので、貴団体の麻薬取扱者に対し周知徹底をお願いします。



「麻薬取扱者免許等申請要領」

1 免許申請について

(1) 申請書の提出期限

申請書は、麻薬業務所を管轄する保健所（保健福祉環境事務所）に平成20年10月17日（金）までに、必ず提出すること。

(2) 今回の申請対象者

本年12月31日で免許の有効期限が満了するすべての麻薬取扱者

（麻薬取扱者免許番号が、第19・・・で始まるもの。但し、麻薬卸売業者を除く。）

なお、2ヶ所以上の病院・診療所で麻薬を施用している者（免許証に従たる業務所の記載があるもの）については、重複申請のないように注意すること。

(3) 提出書類と部数（申請書添付書類は、写・省略不可。但し、②エを除く。）

① 麻薬施用者又は麻薬管理者

ア 免許申請書（別記第1号様式、A4判） 1部

イ 診断書 1部

② 麻薬卸売業者又は小売業者

ア 免許申請書（別記第1号様式、A4判） 1部

イ 診断書 1部

申請者が法人の場合は、以下によること。

合名会社：定款に別段の定めがないときは社員全員

合資会社：定款に別段の定めがないときは無限責任社員全員

有限会社、株式会社：代表取締役及び麻薬及び向精神薬取締
法の免許に係る業務を担当する取締役

民法法人、協同組合等：理事全員

ウ 業務分掌表又は組織規定図等、業務を行う役員の範囲を具体的に示す書類
（申請者が法人の場合のみ。） 1部

エ 店舗の平面図及び麻薬保管庫の詳細な立体図 1部

（麻薬卸売業者で、変更があった場合のみ。但し、変更がなく省略する場合は、その旨を備考欄に記載すること。）

③ 麻薬研究者

ア 免許申請書（別記第1号様式、A4判） 1部

イ 診断書 1部

ウ 履歴書 1部

エ 研究の目的の概要 1部

(4) 免許手数料

麻薬免許	手数料 (円)	備考
麻薬 卸売業者	14,600	手数料は、福岡県領収証紙で納入すること。
麻薬 施用者、管理者 小売業者、研究者	3,900	

(5) 申請書記載上の注意事項

- ア 記載はインク（又はボールペン）を用いて楷書で、ていねいに記載すること。（特に、氏名は正確に記載すること）
- イ「表題」の欄は、取得しようとする免許の種類（施用者、管理者などの区別）を記載するか該当するものを○で囲むこと。（麻薬○○者免許申請）
- ウ「麻薬業務所の所在地、名称」は、必ず市、郡名から記載し、省略せず正しい町名、番地及び病院、診療所名を記載すること。
- エ 麻薬業務所が病院等の場合は、所属診療科名の記載は不要であること。ただし、研究者の場合は所属科、教室等名まで記載すること。
- オ「従たる業務所」の欄については、該当がない場合は斜線で抹消すること。（主たる麻薬業務所を再び記載する必要なし）
- カ「許可又は免許の番号」及び「許可又は免許の年月日」の欄は、次表により記載し、種別についても必ず記載すること。又申請書欄外の備考の注意書きを参照して記載すること。

免許の種類	許可又は免許の「種別」「番号」「年月日」記載要領	
	種 別	番号及び年月日
麻薬施用者	医師、歯科医師、 獣医師	医師、歯科医師、獣医師免許の番号とその取得年月日を記入すること
麻薬管理者	医師、歯科医師、 獣医師、薬剤師	医師、歯科医師、獣医師、薬剤師免許の番号とその取得年月日を記入すること
麻薬小売業者	薬局	薬局の開設許可番号とその有効期間の始期を記入すること
麻薬卸売業者	医薬品販売業	医薬品販売業許可の番号とその有効期間の始期を記入すること

- キ「欠格条項」欄の記載については、申請書欄外の備考の注意を参照のこと。また「斜線」による抹消あるいは「同上」「〃」などと記載せず、各欄ごとに「あり」、「なし」と明記すること。

なお、法人が麻薬卸売業者、小売業者の免許申請をする場合、代表者及びその業務を行う役員については「あり」「なし」と記入し、「全員なし」と記入する必要はない。

- ク「備考」の欄の記入について

引き続いて申請するものは、現在取得している免許証の番号を「継続免許番号

第〇〇〇〇号」と記入すること。

有効期間が平成21年1月1日からの新規免許を希望する者は、「平成21年新規」と記入すること。

有効期間が平成20年中の免許を必要とする者は、「本年免許」と記入すること。

ケ 申請者住所の記入については、市郡名から記入し、県外居住者のみ県名から記入すること。

2 免許返納届について

現に麻薬取扱者免許を有している者であって、平成21年1月1日以降の麻薬取扱者免許を申請しないものは、別紙様式(A4判)の届出書1部に現在所有している免許証を添付して平成21年1月15日(木)までに業務所を管轄する保健所(保健福祉環境事務所)に提出すること。

この際、麻薬を所有する者は、有効期間満了後50日を超えて所持しないよう留意し、手続きについては保健所(保健福祉環境事務所)に照会すること。

3 継続して申請する者の麻薬取扱者免許証について

申請時には、麻薬取扱者免許証の添付は不要であること。本年12月31日で免許の有効期限が満了する免許証は、平成21年1月1日から有効の新しい免許証が交付されるまでそのまま保管し、新免許証と引替えに、保健所(保健福祉環境事務所)に提出すること。

4 受払届について

(1) 届出を要する者

本年9月30日現在、次の免許を有する者

ア 麻薬小売業者

イ 麻薬管理者

ウ 麻薬管理者を設置していない麻薬診療施設(病院、診療所、飼育動物診療施設)にあつては麻薬施用者

エ 麻薬研究者

※なお、平成19年10月1日から平成20年9月30日までの期間中、麻薬の受払及び在庫がない者も、その旨を記載して届出を行うこと。

(2) 届出書の提出場所・期間

ア 提出場所

業務所を管轄する保健所(保健福祉環境事務所)

イ 提出期間

平成20年10月1日から同年11月28日までの間。

(3) 届出書の様式と提出部数

ア 受払届の様式

様式第4号(A4判)によること。

イ 提出部数 2部

(4) 届出書の記載要領

ア 数量の単位は次のとおりとすること。

原末、散剤の場合は グラム (又は g)

液剤、チンキの場合は ミリリットル (又は mL)

アンプル製剤の場合は アンプル (又は A)

バイアル製剤の場合は バイアル (又は V)

*分注する場合はミリリットル (又は mL)

錠剤の場合は 錠 (又は T)

カプセル剤の場合は カプセル (又は C a p)

顆粒剤の場合は 包 (又は g)

坐剤の場合は 個 (又は コ)

貼付剤の場合は 枚

イ 倍散等の記載は次のとおりとすること。

倍散及び倍液は原末と別個に品目及び予製剤別に項目を設け、受払数量を記載することとし、次の記載例によること。

① 製品である倍散を購入し、施用している場合

(記載例…リン酸コデイン10倍散300gを購入した場合)

品名	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		
リン酸コデイン 10倍散	25.5g	300g	317.5g	8g	

② 原末を倍散等に予製し、施用している場合

原末の項の払出の欄には倍散を予製するのに使用した原末の数量を、又倍散の項の受入欄には原末から予製した倍散の数量を記載すること。

(記載例…リン酸コデイン原末123.5gを使用し10倍散1,235gを予製した場合)

品名	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		
リン酸コデイン末	28.5g	125g	123.5g	30g	
リン酸コデイン 10倍散	15g	1,235g	1,223g	27g	

③ 原末から予製した倍散と購入した倍散を併用している場合

原末の項の払出の欄には倍散を予製するのに使用した原末の数量を、又倍散の項の受入欄には原末から予製した倍散の数量と製品である倍散の購入量の合計を記載すること。

(記載例…リン酸コデイン原末8.3gを使用して、リン酸コデイン10倍散83gを予製する一方、別に「リン酸コデイン10倍散」200gを購入した場合)

品名	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		
リン酸コデイン末	3.3g	25g	8.3g	20g	
リン酸コデイン 10倍散	10g	283g	265g	28g	

④ 廃棄届及び事故届による払出あるいは残余麻薬の譲り受け又は譲渡許可による受入がある場合

廃棄数量、事故数量は払出の欄に、又残余麻薬譲渡届などにより譲り受けた数量は受入の欄に記載するとともに備考欄にその旨記載すること。

(記載例 1 …オピスコ注8Aを廃棄した場合)

品名	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		
オピスコ注	18A	10A	8A	20A	〇年〇月〇日8A廃棄 〇年〇月〇日 麻薬廃棄届済

(記載例 2 …事故による払出の場合)

品名	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		
塩酸モルヒネ注 (10mg)	12A	10A	11A	11A	〇年〇月〇日1A 事故届出済

(記載例 3 …残余麻薬の譲り受けによる受入がある場合)

品名	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		
塩酸モルヒネ注 (10mg)	12A	15A	11A	16A	〇年〇月〇日、 △△医院の閉院により 残余麻薬5A譲受

⑤ 入院患者より返納を受けた麻薬を再利用した場合 帳簿例

品 名	MS コンチン錠10mg			単 位	T
年月日	受入	払出	残高	備 考	
H19. 10. 1			75	前帳簿から繰越し	
10. 3	*(10)		85	○山×男より返納	
H20. 5. 1	200		285	○□薬品より購入 (ロット番号)	
8. 16		14	271	○本△夫	
8. 17	(8)		271	○本△夫より返納 8月17日調剤済麻薬廃棄済	

上記帳簿を受払届に記入した例 (返納による受入分は別段書き)

品 名	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		
MSコンチン 10mg	75錠	200錠	14錠	271錠	
MSコンチン 10mg		(18錠)			10錠再利用

⑥ 麻薬小売業者間で麻薬を譲渡、譲受した場合 帳簿例

品 名	デュロテップパッチ5mg			単 位	枚
年月日	受入	払出	残高	備 考	
H19. 10. 1			5	前帳簿から繰越し	
10. 3	5	10	0	○田×夫 △△薬局から譲受	
10. 4	20		20	○□薬品より購入 (ロット番号)	
H20. 1. 16		10	10	○中△子	
1. 17		5	5	××薬局へ譲渡	

上記帳簿を受払届に記入した例

(麻薬小売業者間での譲渡譲受分は合計欄に内数として括弧書き)

品名	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		
デュロテップパッチ 5mg	5枚	25枚 (5枚)	25枚 (5枚)	5枚	

別記第1号様式

麻薬（管理・施用）者免許申請書

あなたの勤務する診療施設についてお尋ねします。

1 麻薬施用者があなたを含めて何人いますか。
① 1人 ② 2人以上

2 麻薬管理者はいますか。
① いる ② いない

※この欄は記入しないこと

麻薬業務所	所在地			
	名称			
麻薬施用者又は麻薬研究者に あつ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			
	名称			
医師（歯科医師、獣医師、 薬剤師）免許の番号		種別 第	号	免 許 の 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。			
	(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。			
	(4) 後見開始の審判を受けているこ と。			
備 考		1 新規 2 継続（麻薬免許番号 号）		
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。 平成 年 月 日 住 所 氏 名 福 岡 県 知 事 殿 印				

(注 意)

- (1) 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とする。
- (2) 許可又は免許の番号欄には、麻薬営業者の免許の申請であるときは、薬事法の規定による許可証の番号を、麻薬施用者又は麻薬管理者の免許の申請であるときは、医師、歯科医師、獣医師又は薬剤師の免許の登録番号を記載すること。
- (3) 欠格条項の(1)欄から(4)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)欄にはその理由及び年月日を、(2)欄にはその罪、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つた場合はその年月日を、(3)欄にはその違反の事実及び年月日を、(4)欄には「ある」と記載すること。

診 断 書

氏 名				性 別	男	女
生年月日	大正・昭和	年	月	日	年 令	才
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 麻薬又は覚せい剤の中毒 ☐ なし ☐ あり						
診断年月日	平成	年	月	日	※詳細については別紙も可	
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健施設等の名称、 所在地		TEL			
	氏 名					

免許証の照合欄（新規で原本提示の場合のみ）

免許の番号及び年月日については、原本と相違ありません。

平成 年 月 日

保健（福祉環境事務）所係員 職名

氏名

印

麻 藥 受 弘 屈

福岡県知事 殿

平成 年 月 日

TEL

(業務所所在地)
(及び名称)

(免許証の種類)

(免許証の番号)

(職 業)

(氏 名)

[illegible]