

【記載例】

麻薬 申請・届出等様式一覧

共通

- ・ 麻薬取扱者免許申請書
- ・ 業務廃止届
- ・ 免許証返納届
- ・ 免許証記載事項変更届
- ・ 免許証再交付申請書
- ・ 麻薬所有高届
- ・ 麻薬譲渡届
- ・ 麻薬廃棄届
- ・ 調剤済麻薬廃棄届
- ・ 麻薬事故届
- ・ 年間報告
- ・ 麻薬取扱者役員変更届
- ・ 麻薬譲受証

麻薬小売業者間譲渡許可

- ・ 麻薬小売業者間譲渡許可申請書
- ・ 麻薬小売業者間譲渡許可変更届
- ・ 麻薬小売業者間譲渡許可申請者追加届
- ・ 麻薬小売業者間譲渡許可書再交付申請書
- ・ 麻薬小売業者間譲渡許可書返納届
- ・ 麻薬譲受確認書/麻薬譲渡確認書

麻薬免許申請（施用者、管理者、研究者）

記入例

研究者は
記入不要

麻薬（**施用**）管理・小売業・卸売業・研究）者免許申請書

麻薬業務所	所在地	〇〇市～～		申請者含む麻薬施用者数 a. 1人 b. 2人以上
	名称	〇〇病院		麻薬管理者 a. いる b. いない
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	□□市～～		申請者含む麻薬施用者数 a. 1人 b. 2人以上
	名称	□□診療所		麻薬管理者 a. いる b. いない
許可又は免許の番号 (裏面注意3参照)	医師	第〇〇〇〇号	許可又は免許 の年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
	歯科医師			
	獣医師			
	薬剤師			
	薬局・他			

申請者法人にあつては、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。	なし
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。	なし
	(3) 医事又は薬事に関する法令又はこれ	なし
	(4) 暴力団員による不当な行為の防 に規定する暴力団員又は同号に	なし
	(5) (4)に規定する者に事業活動を支配されていること	なし

各欠格条項に該当な
ければ「なし」と記載。
該当があれば、その内容
を記載すること。

備考	1. 新規 2. 継続 (現在所有する麻薬免許番号： 第 号)

継続の場合、免許番号を記入する
第〇〇－〇〇号

上記のとおり、免許を受けたいので申請します。
令和〇〇年〇〇月〇〇日

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

△△市～～～
▽▽アパート 101号室

氏 名 (法人にあつては、名称)

沖縄 太郎

申請者が個人の場合、
個人の住所及び氏名
を記載すること。

沖縄県知事 殿

氏名について

旧姓や常用漢字等、医師等免許証又は医籍等に記載さ
れている氏名又は漢字以外を使用したい場合は、業務
上使用する氏名又は漢字を()内に併記してください。
例) 鈴木 〇〇(田中 〇〇)、齋藤 〇〇(斉藤 〇〇)

空欄に県証紙4,000円分を貼付

麻薬免許申請（小売、卸売）

記入例

麻薬（施用・管理・小売業・卸売業・研究）者免許申請書

麻薬業務所	所在地	〇〇市～～		申請者含む麻薬施用者数	記入しない
	名称	〇〇〇〇		麻薬管理者 a. いる b. いない	
麻薬施用者又は麻薬研究者にあつては、従事する又は研究に従事する療施設又は麻薬研究施設				申請者含む麻薬施用者数以上 a. いる b. いない	
許可又は免許の番号 (裏面注意3参照)	医師	第〇〇〇〇号		許可又は免許の年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
	歯科医師				
	獣医師				
	薬剤師				
	薬局・他				
申請者（法人にあつては、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。				全員なし
	(2) 個人の場合（麻薬業務を行う役員が1人の場合）、各欠格条項に該当しなければ、「なし」と記載する。				全員なし
	(3) 麻薬業務を行う役員が複数人いる場合、各欠格条項に該当しなければ、「全員なし」と記載				全員なし
	(4) 該当があれば、その内容を記載すること。				全員なし
	(5) (4)に規定する者に事業活動を支配されていること				全員なし
備考	1. 新規 2. 継続（現在所有する麻薬免許番号：第 ー 号）				

上記のとおり、免許を受けたいので申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

△△市～～～

▽▽アパート 101号室

氏名（法人にあつては、名称）

株式会社〇〇 代表取締役 〇〇〇〇

沖縄県知事 殿

空欄に県証紙を貼付

- ・小売業：4,000円
- ・卸売業：14,800円

申請者が個人の場合は、個人の住所及び氏名を記載すること。

申請者が法人の場合は、当該法人事務所の所在地及び法人名を記載すること。

継続の場合、免許番号を記入する
第〇〇ー〇〇号

麻薬取扱者業務(研究)廃止届

記入例

(規則第3条関係)

麻薬（施用）管理・小売業・卸売業・研究）者業務(研究)廃止届

免許証の番号 (※1注意)		第〇〇-〇〇号	免許年月日 (※1注意)	令和〇〇年〇〇月〇〇日
麻薬業務所	所在地	〇〇市～～		
	名称	〇〇病院		
氏名		沖縄 太郎		
業務（研究）廃止の 事由及びその年月日		県外転出による退職のため。 〇〇年〇〇月〇〇日		

麻薬免許番号、
免許年月日(有効期
間の開始年月日)を
記載

法人の場合、
代表取締役名も記載

薬局閉局のため、
研究終了のため 等

上記のとおり、業務（研究）を廃止したので、免許証を添えて届け出ます。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

個人の場合はその個人の住所、
法人が届出を行う場合は当該業者の住所を記載

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）
◇◇市～～◇◇マンション201号室

届出義務者続柄

免許を受けた者が届出を行
う場合は記入不要。

氏名（法人にあつては、名称）

沖縄 太郎

法人の場合は代表取締役
氏名も記載

免許を受けた者が死亡し、又は法人解散したときは、
その相続人若しくは相続財産を管理する者又は清
算人、破産管財人若しくは合併後存続し、若しくは合
併により設立された法人の代表者の住所及び氏名
を記入してください

担当者：木村 連絡先 098-123-4567

(注意)

※1 「免許証の番号」には麻薬取扱者免許証の免許番号を、「免許年月日」には麻薬取扱者免許証の有効期間の開始年月日を記入のこと。

【保健所使用欄】

所有高届（有・無・提出依頼）
譲渡届（有・無・提出依頼）
廃棄届（有・無・提出依頼）

記入不要
提出時に担当が
確認で使います。

麻薬取扱者免許証返納届

★免許を**更新し**、旧免許証の返納を行う場合に提出★

※免許の有効期間中(有効期間満了日を含む)に、沖縄県内で麻薬業務又は研究を廃止する場合は「廃止届」。

記入例

別記第4号様式（規則第4条関係）

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 (※1注意)	第〇〇-〇〇号	免許年月日 (※1注意)	令和〇〇年〇〇月〇〇日
------------------	---------	-----------------	-------------

麻薬業務所	所在地	〇〇市～
	名称	〇〇病院

氏名	沖縄 太郎
----	-------

免許証返納の事由 及びその年月日	有効期間満了のため。 〇〇年〇〇月〇〇日
---------------------	-------------------------

上記のとおり、免許証を返納したいので届け出ます。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所（法人にあつては、主たる事務

◇◇市～ ◇◇マンション201号室

届出義務者続柄

氏名（法人にあつては、名称）

沖縄 太郎

沖縄県知事 殿

担当者：木村 連絡先 098-123-4567

(注意)

※1 「免許証の番号」には麻薬取扱者免許証の免許番号を、「免許年月日」には麻薬取扱者免許証の**有効期間の開
始年月日を記入**のこと。

麻薬取扱者免許記載事項変更届

記入例

麻薬免許番号、免許年月日
(有効期間の開始年月日)を記載

麻薬(施用・管理・小売業・卸売業・研究)者

免許証の番号 (※1 注意)		第〇〇-〇〇号	免許年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
変更すべき事項		麻薬業務所、従たる施設、申請者住所		
変更前 (※2 注意)	麻薬業務所	所在地	〇〇市 ~ ~ ~	
			〇〇病院	
	住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)	□□市 ~ ~ ~ □□□アパート101号室		
	氏名(法人にあつては、名称)			
変更後 (※2 注意)	麻薬業務所	所在地	△△市 ~ ~ ~	
		名称	△△クリニック	
	住所(所在地)	△△市 ~ ~ ~ ◇◇ ▽▽アパート 101号室		
	氏名(法人にあつては、名称)	施用者のみ記入		
変更後 (※2 注意)	従たる施設	所在地	〇〇市 ~ ~ ~	
		名称	〇〇病院	
変更の事由及びその年月日		異動のため 令和〇〇年〇〇月〇〇日		
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。 令和〇〇年〇〇月〇〇日				
住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地) 免許証に記載の住所を記入				
氏名(法人にあつては、名称) 免許証に記載の氏名を記入				
変更した場合は、 変更後の住所、氏名を記入				
沖縄県知事 殿				
担当者: 木村 連絡先 098-123-4567				

(注意)

※1 「免許証の番号」には麻薬取扱者免許証の免許番号を、「免許年月日」には麻薬取扱者免許証の有効期間の開始年月日

「施用者」「管理者」の氏名について
旧姓や常用漢字等、医師等免許証又は医籍等に記載されている氏名又は漢字以外を使用した場合は、業務上使用する氏名又は漢字を()内に併記してください。
例) 鈴木 〇〇(田中 〇〇)、齋藤 〇〇(斉藤 〇〇)

麻薬免許証再交付申請

- ・き損し、又は亡失したときから15日をこえる場合は遅延理由書も必要)
- ・免許証の再交付を受けた後亡失した免許証を発見したときは、15日以内に「返納届」により、返納する。

記入例

別記第6号様式（規則第6条関係）

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 (※1注意)		第00-00号	免許年月日 (※1注意)	00年00月00日
麻薬業務所	所在地	00市~~~~		
	名称	00病院		
氏名		沖縄 太郎		
再交付の事由 及びその年月日		棄損したため。 00年00月00日		

麻薬免許番号、
免許年月日(有効期間の開始年月日)
を記載

法人の場合は代表取締役名も記載

棄損(破れた、汚した)、紛失など、
再交付が必要な理由及び棄損等が
発生した年月日を記載する。

「施用者」「管理者」「研究者」本人が
届出を行う場合はその個人の住所
を記載。
「麻薬小売業者」が届出を行う場合
は当該業者の住所を記載。

上記のとおり、免許証の再交付を申請します。

00年00月00日

住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

00市~~~~
□□□アパート 101号室

氏名(法人にあつては、名称)

沖縄 太郎

法人の場合は代表取締役名も記載

沖縄県知事 殿

担当者: 木村 連絡先 098-123-4567

空欄に県証紙2,800円を貼付

号を、「免許年月日」には麻薬取扱者免許証の有効期間の開始

麻薬所有高届

記入例

別記第 9 号様式（法第 36 条第 1 項・細則 4 条第 1 号関係）

担当者：木村 連絡先 098-123-4567

麻薬所有高届

担当者の連絡先

令和〇〇年〇〇月〇〇日

沖縄県知事 殿

届出者 住 所（法人にあつては、主たる事務所）
〇〇市〜〜

開設者の住所及び氏名
（法人の場合は事務所所在地及び法人名称、代表者名）を記載する。

氏 名（法人にあつては、名称）
沖縄 太郎

麻薬業務所の住所及び名称（病院・診療所名、薬局名 等）を併記する。

（
◇◇市〜〜
◇◇クリニック
）

麻薬及び向精神薬取締法第 3 6 条第 1 項の規定により、次のとおり所有高を届け出ます。

品名	数量	品名	数量
MSJソチ錠 10mg	150錠	在庫がない場合は「在庫なし」と記載	
MSJソチ錠 50mg	200錠		
デロテップ MTパッチ 2.1mg	10枚		
塩酸モルヒネ原末	5 g		

麻薬譲渡届

記入例

担当者：木村 連絡先 098-123-4567

別記第2号様式（細則第4条第2号関係）

麻薬譲渡届

担当者の連絡先

〇〇年〇〇月〇〇日

沖縄県知事 殿

届出者 住 所（法人にあつては、主たる事務所の住所）

〇〇市〜〜

氏 名（法人にあつては、名称）

医療法人〇〇〇会

理事長 △山 〇郎

（〇〇市〜〜 〇〇病院）

開設者の住所及び氏名
（法人の場合は事務所所在地及び法人名称、代表者名）を記載する。

麻薬業務所名（病院・診療所名）を併記する。

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。

譲渡麻薬の内訳	品 名		数 量	備 考
	MSコンチン錠 10mg		150錠	
	MSコンチン錠 50mg		200錠	
	デュロテツフ®MTパッチ 2.1mg		10枚	
	塩酸モルヒネ原末		5g	
	ケタラール筋注用 500mg		10mL	
譲渡年月日			〇〇年〇〇月〇〇日	
譲渡先 (譲受人)	麻薬業務所	名 称	〇△□病院	
		所在地	△△市〜〜〜	
	氏 名		医療法人△△△会 理事長 〇川△太	
	住 所		△△市〜〜〜	
	譲受人の種類		麻薬診療施設	

麻薬を譲り渡す相手の
業務所名称と所在地、
当該業務所の代表者
氏名及び住所を記載
する。

譲り渡し先の種類を記載する。

麻薬卸売業者、麻薬診療施設（病院、診療所、動物診療所）、麻薬小売業者（薬局）、麻薬研究施設など。

麻薬廃棄届

・麻薬を廃棄する場合、事前に麻薬廃棄届を提出し、麻薬取締員等の立会いの下で廃棄を行います。

記入例

別記第11号様式(第十条関係)

麻 薬 廃

免 許 証 の 番 号	第〇〇-〇〇号	免許年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
免 許 の 種 類	麻薬管理者	氏 名	沖縄 花子
麻薬業務所又は 麻薬の所在場所	所在地	※免許証に記載の業務所所在地を記入	
	名 称	※免許証に記載の業務所名称を記入	
廃棄しようとする麻薬	品 名	数 量	
	① MSコンチン錠 10mg	25錠	
	② デュロテップMTパッチ 2.1mg	12枚	
	③ 塩酸モルヒネ注 10mg	1アンプル	
廃 棄 の 年 月 日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
廃 棄 の 場 所	院内薬局		
廃 棄 の 方 法	① 錠剤は粉碎し、流水にて廃棄。		
	② 貼付剤はライナーを剥がし、粘着面を内側に二つ折りにして、ハサミで細かく切断し廃棄。		
	③ 注射剤は中身を流水にて廃棄。		
廃 棄 の 理 由	① MSコンチン錠は調剤中、床に落とし汚染したため。		
	② デュロテップMTパッチは期限切れのため。		
	③ 塩酸モルヒネ注は、オピオイド注の指示だったところを誤って塩酸モルヒネ注のアンプルをカットしてしまった(誤調剤)。		

上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住 所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

※麻薬業務所の開設者の住所を記入

届出義務者続柄

氏 名(法人にあつては、名称)

※麻薬業務所の開設者の氏名等を記入

沖縄県知事 殿

担当者

(注意)

用紙の大きさは、A4とすること。

「麻薬管理者」を設置している場合は、当該管理者免許に係る内容を記入すること。

「麻薬施用者」が1名のみの診療所においては、当該麻薬施用者の免許に係る内容を記入すること。

予定日を記入

※後日調整する場合は無記入

麻薬診療施設の開設者が届出を行う場合は記載の必要無し。

「麻薬廃棄届」の届出義務者は当該診療施設の開設者である。

麻薬診療施設の開設者の住所及び氏名を記載すること。(公的医療機関、大学病院や医療法人の場合には、診療施設の長が届け出てもよい。)

調剤済麻薬廃棄届

・廃棄後、30日を超える場合は遅延理由書も必要

記入例

調剤済麻薬廃棄届

免許証の番号		第〇〇-〇〇〇号	免許年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	
免許の種類		麻薬管理者	氏 名	琉球 花子	
麻薬業務所	所在地	〇〇市〜〜			
	名 称	〇〇病院			
廃棄した麻薬		品 名	数 量	廃棄年月日	患者の氏名
		フェンタニル注射液0.1mg	1 A	〇〇年〇〇月〇〇日	〇川×子
		アムピシリン坐剤10mg	10個	〇〇年〇〇月〇〇日	△村口郎
廃棄の方法		フェンタニル注射液はアンプルをカットして中身を流水廃棄。 アムピシリン坐剤は温水にて溶解後、中性洗剤を添加して乳化させ流水にて廃棄。 麻薬管理者が、薬剤師△村〇子立会いの下で廃棄した。			
廃棄の理由		フェンタニル注射液は、処方変更に伴い使用しなかったため。 アムピシリン坐剤は患者死亡により返納されたため。			

「麻薬管理者」を設置している場合は、当該管理者免許に係る内容を記入すること。
「麻薬施用者」が1名のみの診療所においては、当該麻薬施用者の免許に係る内容を記入すること。

上記のとおり、麻薬を

〇〇年〇〇月〇〇日

- ・廃棄した麻薬が回収困難な状態になるよう適切な方法で廃棄すること。
- ・廃棄方法及び廃棄理由は具体的に記載すること。（別紙に記載可）
- ・廃棄した者、立会した者の氏名を明記すること。

住 所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

〇〇市〜〜

氏 名（法人にあつては、名称）

医療法人〇〇〇会

理事長 △山 〇郎

沖縄県知事 殿

担当者：木村 連絡先 098-123-4567

「調剤済麻薬廃棄届」の届出義務者は当該診療施設の開設者である。
麻薬診療施設の開設者の住所及び氏名を記載すること。（公的医療機関、大学病院や医療法人の場合には、診療施設の長が届け出てもよい。）

麻薬事故届

- ・すみやかに届出
- ・通常、アンプル注射剤の破損等による流失事故で一部でも回収できた麻薬については、医療上再利用できないものであり、本来回収できた麻薬とは認められず、事故および経過を詳細に記入した麻薬事故届を提出すること。麻薬廃棄届や調剤済麻薬廃棄届の提出は不要。
- ・入院患者が交付された麻薬を患者の不注意で紛失等した場合（病院の管理から完全に離れている場合）には、麻薬管理者は麻薬事故届を提出する必要はない。

記入例

(規則第 12 条の 5 関係)

麻薬事故届

免許証の番号		第00-000号	免許年月日	〇〇年〇月〇日
免許の種類		麻薬管理者		
麻薬業務所	所在地	〇〇市~~~~		
	名称	〇〇病院		
事故が生じた麻薬		品名	1 アンプル	
		塩酸モルヒネ注 10mg		
事故発生の状況 (事故発生年月日、 場所、事故の種類)		発生年月日：令和〇〇年〇〇月〇〇日 午前〇〇時頃 場所：手術室 麻薬金庫前 事故の種類：破損 医師沖縄太郎の指示により、患者〇川×子の手術時に施用するため看護師△谷〇美が、麻薬金庫から塩酸モルヒネ注 10mg1A を取り出したところ、誤って床に落とし、破損した。注射シリンジにより、0.4mL は回収できたが、残りの 0.6mL は回収出来なかった。 回収した 0.4mL については、薬剤師△村〇子立会いの下で廃棄した。		

「麻薬管理者免許証」(管理者がいない診療施設は施用者免許証)、「麻薬小売業者免許証」、「麻薬研究者免許証」の免許番号及びその免許年月日(有効期間の開始年月日)を記載すること。

事故発生の状況について、詳細に記入すること。(別紙等を添付してもよい。)診療所内で作成した事故報告書があれば添付すること。
※破損した麻薬が注射剤の場合のみ、回収できた麻薬については、麻薬管理者の責任の下で廃棄すること。
注射剤以外の麻薬は、回収できなかった麻薬については麻薬事故届を、回収できた麻薬については麻薬廃棄届を提出し、保健所職員立会いの下で廃棄すること。

上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。

〇〇年〇〇月〇〇日

住所(法人にあつては、主たる)

〇〇市~~~~
コーポ△△ 505号室

氏名(法人にあつては、名称)

琉球 花子

沖縄県知事 殿

「麻薬事故届」の届出義務者は、「施用者」「管理者」「研究者」である。
「施用者」「管理者」「研究者」の個人の住所及び氏名を記載すること。

麻薬 年間報告(病院、診療所、動物病院)

- ・麻薬の取り扱いがない場合、「取扱なし」と記入すること。
- ・届出義務者は、麻薬施用者又は麻薬管理者になります。病院開設者ではありません。
※施設に施用者が1名のみの場合は「施用者」が届出義務者、施用者が複数いる場合は「管理者」が届出義務者になります。
- ・備考欄に、麻薬廃棄届により廃棄した数量及び事故のあった数量を記載すること。
※調剤済麻薬廃棄届により廃棄した数量は記載の必要はありません。
- ・バイアル製剤については、バイアルの本数単位ではなく、mL単位に換算して記載すること。

記入例

(第4号関係)

連絡先：098-123-4567

担当者〇〇〇

担当者の連絡先

麻薬小売業者
令和〇年度 麻薬管理者
麻薬研究者

届出

年 月 日

沖縄県知事 殿

麻薬業務所の所在地 〇〇市～～
及び 名称 〇〇病院

届出者の住所 △△市～～
及び氏名 沖縄 花子

免許の種類 麻薬施用者免許
及び免許の番号 第□□-□□□号

前年度報告した
数量と一致させ
ること。

「施用者」又は「管理者」
の個人の住所及び氏名
を記載

「施用者」又は「管理者」
免許の番号を記載

「譲受数量」欄には、麻薬
卸売業者から譲り受けた
麻薬の数量を記載する。
入院患者から譲り受けて
再利用する場合の麻薬
の数量は、外数として
()書きで併記すること。

麻薬及び向精神薬取締法 第47条
第48条 の規定により、次のとおり届け出ます。
第49条

品名	前年の10月1日 現在の 所有数量	譲受数量	譲渡 施用数量 使用	当年9月30日 現在の 所有数量	備考
MSコンチン錠 10mg	150錠	200錠	225錠	110錠	廃棄 10錠 (R〇〇年〇月〇日届提出) 事故 5錠 (R〇〇年〇月〇日届提出)
アヘン末	20 g	0 g	10 g	10.5 g	秤量誤差調整 (R〇〇年〇月〇日+0.5g)
デュロテップMTパッチ 2.1mg	10枚	20枚 (8枚)	15枚	23枚	患者から譲受 8枚
塩酸モルヒネ原末	5 g	0 g	1g	4 g	原末 1gから10倍散 10gを製剤
塩酸モルヒネ 10倍散 (自家製剤)	4.5 g	10g	12.5 g	2g	原末 1gから10倍散 10gを製剤
ケタラール筋注用 500mg	10.3 mL	20 mL	15.6 mL	14.7 mL	

麻薬廃棄届により廃棄
した数量及び事故の
あった数量を備考欄に
記載すること。
調剤済麻薬廃棄届によ
り廃棄した数量は記載
の必要無し。

ケタミンなどのバイアル製剤は分注して使用することが多いことから、バイアルの本数単位ではなく、mL単位に換算して記載すること。(麻薬帳簿における管理もmL単位で管理すること。)

麻薬 年間報告(薬局)

- ・麻薬の取り扱いがない場合、「取扱なし」と記入すること。
- ・備考欄に、麻薬廃棄届により廃棄した数量及び事故のあった数量を記載すること。
※調剤済麻薬廃棄届により廃棄した数量は記載の必要はありません。
- ・バイアル製剤については、バイアルの本数単位ではなく、mL単位に換算して記載すること。

記入例

(第4号関係)

連絡先：098-123-4567

担当者〇〇〇

担当者の連絡先

麻薬小売業者

令和〇年度—麻薬管理者— 届出

麻薬研究者

沖縄県知事 殿

年 月 日

麻薬業務所の所在地 〇〇市～～
及 び 名 称 〇〇薬局

届出者の住所 △△市～～
及 び 氏 名 株式会社△△
代表取締役 △△

免 許 の 種 類 麻薬小売業者
及 び 免 許 の 番 号 第□□-□□□号

前年度報告した
数量と一致させ
ること。

第47条

麻薬及び向精神薬取締法 第48条の規定により、次のとおり届け出ます
第49条

品名	前年の10月1日 現在の 所有数量	譲受数量	譲渡 施用数量 使用	当年9月30日 現在の 所有数量	備考
MSコンチン錠 10mg	150錠	200錠	225錠	110錠	廃棄 10錠 (R〇〇年〇月〇日届提出) 事故 5錠 (R〇〇年〇月〇日届提出)
アヘン末	20 g	0 g	10 g	10.5 g	秤量誤差調整 (R〇〇年〇月〇日+0.5g)
デュロテフMTパッチ 2.1mg	10枚	25枚 (5枚)	15枚 (3枚)	23枚	5枚譲受(☆☆薬局) 3枚譲渡(△△薬局)
塩酸モルヒネ原末	5 g	0 g	1 g	4 g	原末 1 gから10倍散 10gを製剤
塩酸モルヒネ 10倍散 (自家製剤)	4.5 g	10 g	12.5 g	2 g	原末 1 gから10倍散 10gを製剤

届出者が個人の場合は、
個人の住所及び氏名を
記載すること。
届出者が法人の場合は、
当該法人事務所の所在
地及び法人名、代表者名
を記載すること。

「譲受数量」欄には、麻薬
卸売業者から譲り受けた
麻薬の数量を記載するこ
と。
麻薬小売業者間譲渡許
可業者間における譲渡
や譲受に係る数量は内
数として()書きで併記す
ること。

麻薬廃棄届により廃棄
した数量及び事故の
あった数量を備考欄に
記載すること。
調剤済麻薬廃棄届によ
り廃棄した数量は記載
の必要無し。

ケタミンなどのバイアル製剤は分注して使用することが多いことから、バイアルの本数単位ではなく、mL単位に換算して記載すること。(麻薬帳簿における管理もmL単位で管理すること。)

麻薬 年間報告(研究者)

- ・麻薬の取り扱いがない場合、「取扱なし」と記入すること。
- ・届出義務者は、麻薬研究者になります。研究機関長ではありません。
- ・備考欄に、麻薬廃棄届により廃棄した数量及び事故のあった数量を記載すること。
- ・バイアル製剤については、バイアルの本数単位ではなく、mL単位に換算して記載すること。

記入例

(第4号関係)

連絡先：098-123-4567
担当者〇〇〇

担当者の連絡先

令和〇年度 麻薬小売業者
麻薬管理者 届出
麻薬管理者

年 月 日

「研究者」の個人の住所及び氏名を記載

沖縄県知事 殿

麻薬業務所の所在地 〇〇市〜〜
及び名称 〇〇研究所

研究者免許の番号を記載

届出者の住所 △△市〜〜
及び氏名 沖縄 花子

免許の種類 麻薬研究者免許
及び免許の番号 第〇〇-〇〇〇号

「譲受数量」欄には、麻薬卸売業者から譲り受けた麻薬の数量を記載する。

前年度報告した数量と一致させること。

麻薬及び向精神薬取締法 ~~第47条~~ ~~第48条~~ の規定により、次のとおり届け出ます。
第49条

品名	前年の10月1日 現在の 所有数量	譲受数量	譲渡 施用数量 使用	当年9月30日 現在の 所有数量	備考
〇〇錠 〇mg	150錠	200錠	225錠	110錠	廃棄 10錠 (R〇〇年〇月〇日届提出) 事故 5錠 (R〇〇年〇月〇日届提出)
アヘン末	20g	0g	10g	10.5g	秤量誤差調整 (R〇〇年〇月〇日 +0.5g)
塩酸モルヒネ原末	5g	0g	1g	4g	原末1gから10倍散 10gを製剤
塩酸モルヒネ10倍散 (自家製剤)	4.5g	10g	12.5g	2g	原末1gから10倍散 10gを製剤
ケタラール筋注用 500mg	10.3 mL	20 mL	15.6 mL	14.7 mL	

麻薬廃棄届により廃棄した数量及び事故のあった数量を備考欄に記載すること。

途中指定薬物から麻薬に移行した薬物については、10/1時点で 0g、譲受欄に「〇年〇月〇日指定薬物から移行」と記載すること。

ケタミンなどのバイアル製剤は分注して使用することが多いことから、バイアルの本数単位ではなく、mL単位に換算して記載すること。(麻薬帳簿における管理もmL単位で管理すること。)

麻薬取扱業者役員変更届(小売業・卸売業・研究者)

記入例

の2様式(第一条の四関係)

麻薬(小売業・卸売業・研究)者役員変更届

免許証の番号		第〇〇-〇〇号	免許年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
麻薬業務所	所在地	※免許証に記載の業務所所在地を記入		
	名称	※免許証に記載の業務所名称を記入		
変更年月日		令和〇〇年〇〇月〇〇日		
変更前		代表取締役 沖縄 太郎 取締役 沖縄 次郎		
変更後		代表取締役 沖縄 花子 取締役 沖縄 次郎		
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。	全員なし		
	(2)罰金以上の刑に処せられたこと。	全員なし		
	(3)薬事若しくは医事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと。	全員なし		
	(4)暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第6号に規定する暴力団員又は同号に規定する暴力団員であつたこと。	全員なし		
備考				

変更後の役員については診断書も同時に提出すること。

上記のとおり、免許を受けたいので申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所(法人又は団体の主たる事務所の所在地)

※免許証記載の麻薬取扱業者の住所

氏名(法人又は団体の名称)

※免許証記載の麻薬取扱業者の名称

沖縄県知事 殿

担当者: 木村 連絡先 098-123-4567

麻薬譲受証(麻薬診療施設、研究者)

- ・麻薬卸売業者から麻薬を譲り受ける場合、麻薬譲渡証と麻薬譲受証の交換が必要です。
- ・麻薬譲受証をあらかじめ麻薬卸売業者に交付するか、あるいは麻薬譲受証と同時交換でなければ麻薬を受け取ることはできません。
- ・麻薬譲受証は、麻薬診療施設の開設者、麻薬研究施設の設置者の責任において作成してください。

記入例

麻 薬 譲 受 証					
〇〇年〇〇月〇〇日					
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(法人にあつては、名称)	【開設者が法人の場合】①～③のいずれか。 ①医療法人〇〇会 △△病院理事長☆☆ 登記印 ②医療法人〇〇会 △△病院理事長☆☆ 麻薬専用印 ③公立〇〇病院 院長☆☆ 病院長印 【開設者が個人の場合】 個人印 〇〇 △△ 個人印				
	代表者印 又は 麻薬専用印				
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	第〇〇-〇〇号	氏 名	沖縄 太郎	個人印
麻薬業務所又は大麻草栽培者が大麻を業務上取り扱う事務所	所在地	〇〇市～～			
	名称	〇〇病院			
品 名	容 量	箇 数	数 量	備 考	
MSJリシ錠 10mg	100 錠	2 箱	200 錠	××-×××× (譲受する麻薬の製品番号)	

余白部分には、斜線を引くか又は「以下余白」と記載すること。

《医療機関》
法人にあつては代表者印又は麻薬専用印(※)を押印してください。
※ 他の用務と併用する印は認められません。ただし、覚醒剤原料用の印を除きます。

例)

医療法人△△
病院理事長
麻薬専用之印

医療法人〇〇
病院理事長
麻薬・覚醒剤
原料専用之印

《研究機関》
麻薬研究施設の設置者名(※)を記載し、設置者(又は施設長)の印又は設置者(又は施設長)の印に準ずる麻薬専用印を押印してください。
※設置者が国、地方公共団体、法人の場合には麻薬研究施設の施設長名

例)

学校法人△△
□□大学長
麻薬専用之印

麻薬譲受証(麻薬小売業者)

- ・麻薬卸売業者から麻薬を譲り受ける場合、麻薬譲渡証と麻薬譲受証の交換が必要です。
- ・麻薬譲受証をあらかじめ麻薬卸売業者に交付するか、あるいは麻薬譲受証と同時交換でなければ麻薬を受け取ることはできません。
- ・麻薬譲受証は、麻薬小売業者の責任において作成してください。

記入例

麻 薬 譲 受 証				
〇〇年〇〇月〇〇日				
譲受人の免許証の番号	第〇〇-〇〇号	譲受人の免許の種類	麻薬小売業者	
譲受人の氏名(法人にあつては、名称)	【開設者が法人の場合】 株式会社△△ 代表取締役 □□ □□ 【開設者が個人の場合】 〇〇 △△ 個人印			
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	印
麻薬業務所又は大麻草栽培者が大麻を業務上取り扱う事務所	所在地	〇〇市～～		
	名称	〇〇薬局		
品 名	容 量	箇 数	数 量	備 考
MSJリチ錠 10mg	100 錠	2 箱	200 錠	××-×××× (譲受する麻薬の製品番号)

(注意)

余白部分には、斜線を引くか又は「以下余白」と記載すること。

《小売業者》

法人にあつては代表者印又は麻薬専用印(※)を押印してください。
※ 他の用務と併用する印は認められません。ただし、覚醒剤原料用の印を除きます。

例)

株式会社△△
□□薬局
麻薬専用之印

株式会社△△
□□薬局
麻薬・覚醒剤
原料専用之印

麻薬小売業者間譲渡許可申請書

記入例

の2様式（第九条の二関係）

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つて、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、その残部であつて、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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

譲渡人・譲渡先	①	麻薬業務所	所在地	那覇市泉崎〇丁目〇番〇号
			名 称	〇〇薬局
		申 請 者	住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）	那覇市泉崎〇丁目〇番〇号
			氏名（法人にあつては、名称）	株式会社 〇〇〇〇
	②	麻薬業務所	所在地	那覇市泉崎△丁目△番△号
			名 称	△△薬局
		申 請 者	住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）	那覇市泉崎△丁目△番△号
			氏名（法人にあつては、名称）	株式会社 △△△△
	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）	記載する欄が不足する場合は、別紙様式1を使用してください。
			氏名（法人にあつては、名称）	
代表者の氏名（法人にあつては、名称）				株式会社 〇〇〇〇
備 考				連絡先：株式会社〇〇〇〇 沖縄太郎 090-1234-5678

沖縄県知事

殿

（注意）

- 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。
- 麻薬業務所欄及び申請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。

麻薬小売業者間譲渡許可変更届

記入例

〇号の3様式（第九条の二関係）

譲渡許可の有効期間の開始年月日
及び許可番号を記載してください。

麻薬小売業者間譲渡許可変更届

許可年月日		令和〇〇年〇〇月〇〇日		許可番号	第〇〇-〇〇号
変更・免許の失効を生じた麻薬業務所	変更前	麻薬業務所		所在地	那覇市泉崎〇丁目〇番〇号
				名称	〇〇薬局
		住所	法人にあつては、主たる事務所の所在地	那覇市泉崎〇丁目〇番〇号	
		氏名	法人にあつては、名称	株式会社 〇〇〇〇	
	変更後	麻薬業務所名称		なし	
		住所	法人にあつては、主たる事務所の所在地	なし	
		氏名	法人にあつては、名称	なし	
変更・免許の失効の事由及びその年月日				開設者変更に伴う〇〇薬局閉局のため 令和〇〇年〇〇月〇〇日	

上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可を受けている麻薬業務所に変更・免許の失効を生じたので届け出ます。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

- ①麻薬業務所名称 **△△薬局**
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）
那覇市泉崎〇丁目〇番〇号
氏名（法人にあつては、名称） **株式会社 △△△△**
- ②麻薬業務所名称 **□□薬局**
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）
那覇市泉崎〇丁目〇番〇号
氏名（法人にあつては、名称） **株式会社 □□□□**

沖縄県知事

殿

記載する欄が不足する場合は、別紙
様式5を使用してください。

連絡先：株式会社〇〇〇〇

沖縄太郎 090-1234-5678

（注意）

- 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とする。
- 届出者欄に、麻薬小売業者間譲渡許可の
大きさは、別紙に記載すること。

様式の空欄に連絡先を記載してください

麻薬小売業者間譲渡許可申請者追加届

記入例

の4様式（第九条の二関係）

譲渡許可の有効期間の開始年月日
及び許可番号を記載してください。

麻薬小売業者間譲渡許可申請者追加届

許可年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	許可番号	第〇〇-〇〇号
追加する麻薬小売業者	麻薬業務所	所在地	那覇市泉崎〇丁目〇番〇号
		名称	▽▽薬局
	住所	法人にあつては、主たる事務所の所在地	那覇市泉崎〇丁目〇番〇号
	氏名	法人にあつては、名称	株式会社 △▽△▽
☒ 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は他の麻薬小売業者を加える必要があるため届け出ます。共同して申請する他の麻薬小売業者により調剤することができない場合において、とき又は麻薬卸売業者から譲り受けた麻薬であつて、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、その残部であつて、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。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 ①麻薬業務所名称 △△薬局 住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 那覇市泉崎〇丁目〇番〇号 氏名（法人にあつては、名称） 株式会社 △△△△ ②麻薬業務所名称 □□薬局 住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 那覇市泉崎〇丁目〇番〇号 氏名（法人にあつては、名称） 株式会社 □□□□ ③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） 沖縄県知事 殿 備考 連絡先: 株式会社〇〇〇〇 沖縄太郎 090-1234-5678			

関係薬局全ての同意を得て、チェックを記入すること

記載する欄が不足する場合は、別紙様式5を使用してください。

(注意)

- 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 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、別紙に記載すること。
- 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。
- 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、同意欄のチェックを入れること。

麻薬小売業者間譲渡許可書再交付申請書

記入例

(6)

麻薬小売業者間譲渡許可書再交付申請書

許可番号		令和〇〇年〇〇月〇〇日	許可番号	第〇〇-〇〇号
麻薬業務所	所在地	那覇市泉崎〇丁目〇番〇号		
	名称	〇〇薬局		
再交付の事由 及びその年月日		き損のため 令和〇〇年〇〇月〇〇日		
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。				
令和〇〇年〇〇月〇〇日				
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）		那覇市泉崎〇丁目〇番〇号		
氏名（法人にあつては、名称）		株式会社 △△△△		
沖縄県知事		殿		
連絡先：株式会社〇〇〇〇 沖縄太郎 090-1234-5678				

譲渡許可の有効期間の開始年月日
及び許可番号を記載してください。

(注意)

- 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とすること。
- 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。

麻薬小売業者間譲渡許可書返納届

記入例

(別紙様式7)

麻薬小売業者間譲渡許可書返納届

譲渡許可の有効期間の開始年月日及び許可番号を記載してください。

許可番号	令和〇〇年〇〇月〇〇日	許可番号	第〇〇-〇〇号
返納の事由	全ての麻薬小売業者間譲渡許可を受けた麻薬小売業者が他の麻薬小売業者間譲渡許可を受けた麻薬小売業者に麻薬を譲り渡さ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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

麻薬業務所名称

△△薬局

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

那覇市泉崎〇丁目〇番〇号

氏名（法人にあつては、名称）

株式会社 △△△△

麻薬業務所名称

□□薬局

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

那覇市泉崎□丁目□番□号

氏名（法人にあつては、名称）

株式会社 □□□□

沖縄県知事

殿

記載する欄が不足する場合は、別紙様式5を使用してください。

連絡先：株式会社〇〇〇〇

沖縄太郎 090-1234-5678

(注意)

- 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とすること。
- 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。

麻薬譲受確認書証(麻薬小売業者間譲渡許可関係)

- ・麻薬処方せんの写し(麻薬の在庫不足により、急な麻薬処方せんに対応できない場合の譲渡・譲受に限る。)及び譲受人が作成した譲受確認書の交付を受けた後、又はこれと引換えに麻薬を交付し、同時に、自らが作成した譲渡確認書を麻薬の譲受人に交付すること。
- ・交付を受けた麻薬処方せん及び譲渡確認書は、交付を受けた日から2年間保存する

記入例

麻薬譲受確認書

〇〇年〇〇月〇〇日

麻薬を譲渡する麻薬小売業者の麻薬業務所	所在地	〇〇市～～		
	名称	〇〇薬局 〇〇店		
麻薬を譲受する麻薬小売業者の麻薬業務所	所在地	〇〇町～～		
	名称	〇〇薬局 □□店		
品名	容量	筒数	数量	備考
MS ｼﾝﾅ錠 10mg	100 錠	2箱	200 錠	規則第9条の2第1項第1号の号口で譲受 製品番号：A0000 使用期限：2025.12.31

法人にあっては代表者印又は麻薬専用印(※)を押印してください。
※ 他の用務と併用する印は認められません。ただし、覚醒剤原料用の印を除きます。

例)

株式会社△△
□□薬局
麻薬専用之印

株式会社△△
□□薬局
麻薬・覚醒剤原料専用之印

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
- ・製品番号を記載すること

(注意)

1 用紙の大きさは、A4とすること。

余白部分には、斜線を引くか又は「以下余白」と記載すること。

麻薬譲渡確認書証(麻薬小売業者間譲渡許可関係)

- ・麻薬処方せんの写し(麻薬の在庫不足により、急な麻薬処方せんに対応できない場合の譲渡・譲受に限る。)及び譲受人が作成した譲受確認書の交付を受けた後、又はこれと引換えに麻薬を交付し、同時に、自らが作成した譲渡確認書を麻薬の譲受人に交付すること。
- ・交付を受けた麻薬処方せん及び譲渡確認書は、交付を受けた日から2年間保存する

記入例

麻薬譲渡確認書					〇〇年〇〇月〇〇日
麻薬を譲渡する麻薬小売業者の麻薬業務所	所在地	〇〇町～～			代表者印 又は 麻薬専用印
	名称	〇〇薬局 □□店			
麻薬を譲受する麻薬小売業者の麻薬業務所	所在地	〇〇市～～			代表者印 又は 麻薬専用印
	名称	〇〇薬局 〇〇店			
品名	容量	筒数	数量	備考	
MS ｼﾝﾅ錠 10mg	100 錠	2箱	200 錠	規則第9条の2第1項第1号の号口で譲渡 製品番号：A0000 使用期限：2025.12.31	

法人にあっては代表者印又は麻薬専用印(※)を押印してください。
※ 他の用務と併用する印は認められません。ただし、覚醒剤原料用の印を除きます。

例)

株式会社△△
□□薬局
麻薬専用之印

株式会社△△
□□薬局
麻薬・覚醒剤
原料専用之印

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
・製品番号を記載すること

(注意)

1 用紙の大きさは、A4とすること。

余白部分には、斜線を引くか又は「以下余白」と記載すること。