

別記第1号様式(第一条関係)

麻薬施用者免許申請書

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			
許 可 又 は 免 許 の 番 号		第 号	許可又は免許 の 年 月 日	年 月 日	
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。			
	(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)	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。			
	(5)	(4)に規定する者に事業活動を支配されていること。			
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 住 所 氏 名 宮崎県知事 殿					

別記第1号様式(第一条関係)

麻薬管理者免許申請書

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			
許 可 又 は 免 許 の 番 号		第 号	許可又は免許 の 年 月 日	年 月 日	
申請者(法人)を含む。 の欠格条項 にあつては、その業務を行う役員	(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)	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。			
	(5)	(4)に規定する者に事業活動を支配されていること。			
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 住 所 氏 名 宮崎県知事 殿					

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	年 齢	才	
上記の者について、下記のとおり診断します。 1 精神機能の障害 (□にチェックを付けること) ☐ 明らかに該当なし ☐ 専門家による診断が必要 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記載してください。（注1）） 2 麻薬又は覚醒剤の中毒 (□にチェックを付けること) ☐ なし ☐ あり				
診断年月日	令和 年 月 日			
病院、診療所又は介護老人保健施設等の 名 称 所 在 地 TEL () (注2) 医師氏名				

(注1) 精神機能の障害程度・内容により、許可（登録、免許、指定、届出）された業務を行うにあたって必要な認知、判断及び意志疎通を適切に行うことができるかを、専門家の意見を聞いて判断しますので具体的にお書きください。

(注2) 必要に応じて、診断書を作成した医師から精神機能の障害の程度・内容をお聞きする場合がありますので、電話番号は必ず記載してください。

麻 薬 者 業 務 廃 止 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						
氏 名							
業務廃止の事由 及びその年月日							
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 住所 届出義務者続柄 氏名 宮崎県知事 殿							

麻薬施用者免許証記載事項変更届

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	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）			
	従 たる 施 設	所在地		
		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）			
	従 たる 施 設	所在地		
		名 称		
変更の事由及びその年月日				
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 氏名 宮崎県知事 殿				

麻薬 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
麻薬業務所	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、免許証の再交付を申請します。 年 月 日 住所 氏名 宮崎県知事 殿							

別記第11号様式(第十条関係)

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	
麻薬業務所又は 麻薬の所在場所	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、廃棄したいので届け出ます。 年 月 日 住 所 (法人にあつては、主 たる事務所の所在地) 届出義務者続柄 氏 名 (法人にあつては、名称) 宮崎県知事 殿				

(注意)

用紙の大きさは、A4 とすること。

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） 宮崎県知事 殿							

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							
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 氏名 宮崎県知事 殿							

様式第2号

残 余 麻 薬 届

年 月 日

宮崎県知事

殿

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

届出義務者続柄

氏 名 (法人にあつては、名称)

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 (法人にあつては、名称)			
	麻薬業務所	所在地		
名 称				
業務（研究）の廃止又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設置者に譲渡し、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3号

残 余 麻 薬 譲 渡 届

年 月 日

宮崎県知事

殿

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

届出義務者続柄

氏 名 (法人にあつては、名称)

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 (法人にあつては、名称)		
		麻薬業務所	所在地	
			名 称	
		業務（研究）の廃止又は免許の失効 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 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)		
		氏 名 (法人にあつては、名称)		
	麻薬取扱者	免許の種類		
		免許番号		
		氏 名 (法人にあつては、名称)		
		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。

別記第16号様式(第十二条関係)

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(法人にあつては、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	㊞
麻薬業務所又は大麻草栽培者が大麻を業務上取り扱う事務所					
品 名		容 量	箇 数	数 量	考 備

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 とすること。
- 2 余白には、斜線を引くこと。

別記第17号様式(第十二条関係)

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(法人にあつては、名称)		㊦			
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				
	名 称				
品 名	容 量	筒 数	数 量	備 考	

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 とすること。
- 2 余白には、斜線を引くこと。

麻 薬 引 継 確 認 書

年 月 日

麻薬診療施設開設者住所

氏名

下記の麻薬引継を確認しました。

記

麻薬診療施設名称						
麻薬診療施設住所						
麻 薬 管 理 者 変 更 の 理 由						
引 継 者	麻薬免許証番号			免許の種類		
	麻薬免許年月日					
	業務廃止年月日					
	氏 名					
引 受 者	麻薬免許証番号			免許の種類		
	麻薬免許年月日					
	氏 名					
引継いだ麻薬の品名・数量	品 名	単 位	数 量	品 名	単 位	数 量

* 本手続きは法令等の規定は無いが、麻薬管理者を変更した場合、現有する麻薬を円滑に引継ぐとともに、適正な麻薬の管理を行う為に、提出をお願いします。

麻 薬 引 継 確 認 書

年 月 日

麻薬診療施設開設者住所

氏名

下記の麻薬引継を確認しました。

記

麻薬診療施設名称						
麻薬診療施設住所						
麻 薬 管 理 者 変 更 の 理 由						
引 継 者	麻薬免許証番号			免許の種類		
	麻薬免許年月日					
	業務廃止年月日					
	氏 名					
引 受 者	麻薬免許証番号			免許の種類		
	麻薬免許年月日					
	氏 名					
引継いだ麻薬の品名・数量	品 名	単 位	数 量	品 名	単 位	数 量

* 本手続きは法令等の規定は無いが、麻薬管理者を変更した場合、現有する麻薬を円滑に引継ぐとともに、適正な麻薬の管理を行う為に、提出をお願いします。