

各 種 様 式

(様式1)

麻薬

者免許申請書

(☐ 新規 ☐ 継続)

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		(該当するものを○で囲み、番号を記入すること) 医師 ・ 歯科医師 ・ 獣医師 薬剤師 ・ 薬局開設 ・ 医薬品販売 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。			
備 考		(開設者氏名)		
		月 日付免許希望（免許日の希望がある場合のみ記載）		
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 和 歌 山 県 知 事 保 健 所 長 様				

添付書類である診断書等の省略がある場合、その旨を備考欄に記載してください。

例) 診断書原本は、○月×日付 ●●申請書に添付のため省略します。

※
麻薬 者免許申請書 (☐ 新規 ☐ 継続)

業 務 所	所 在 地	〒 ××× - 〇〇〇〇 〇〇市××町△△		
	名 称	〇〇病院		
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	〒 該当なし		
	名 称	該当なし		
許可又は免許の番号		(該当するものを○で囲み、番号を記入すること) ○医師・歯科医師・獣医師 薬剤師・薬局開設・医薬品販売 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。			
備 考		(開設者氏名) 医療法人〇〇会		
		4 月 1 日付免許希望 (免許日の希望がある場合のみ記載)		
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 和歌山県知事 保健所長様				

添付書類である診断書等の省略がある場合、その旨を備考欄に記載してください。

例) 診断書原本は、○月×日付 ●●申請書に添付のため省略します。

1. 添付書類

(1) 麻薬施用者

① 診断書(精神病患者、麻薬中毒者又は覚醒剤の中毒者でない者)
(3か月以内のもの)

② 医師、歯科医師若しくは獣医師免許証の写し

(2) 麻薬管理者

① 診断書(精神病患者、麻薬中毒者又は覚醒剤の中毒者でない者)
(3か月以内のもの)

② 医師、歯科医師、獣医師若しくは薬剤師免許証の写し

2 記載上の注意事項等

(1) 提出部数

和歌山市内は薬務課へ1部、他は保健所へ2部(1部はコピー可)

(2) 手数料

3,900円の県収入証紙(消印せず)を貼付すること

(3) ※の空欄には次のうち、いずれか該当するものを記入すること。

施用又は管理

新規申請・継続申請の別を☑すること。

(4) 業務所の欄には、病院・診療所の所在地、名称を記載すること。麻薬施用者

で従たる麻薬診療施設がある場合のみ、その所在地、名称を記載すること。

従たる施設がない場合は「該当無し」と記載すること。

(5) 許可又は免許の番号の欄には、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及び登録年月日
を記載すること

(6) 欠格条項の(1)欄から(3)までに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)欄にあつてはその理由及び年月日、(2)欄
にあつてはその罪、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 なくなった場合は、その年月日、(3)欄にあつてはその違反事実及
び 年月日、を 記載すること。

(7) 開設者氏名及び備考の欄には、開設者等が法人の場合は、法人名及び代表者

名を、個人の場合は、個人名を記載すること。その他、特記すべき事項がある場
合も記載すること。

診 断 書

氏 名	
生 年 月 日	大 正 ・ 昭 和 ・ 平 成 年 月 日 生
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記載して下さい。） 2. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒者でない。	
診断年月日	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 電 話 () 医師氏名	

(様式2)

麻薬

者免許証記載事項変更届

免許証の番号			第 号	免許年月日	(有効期間開始日) 年 月 日
変更すべき事項			(該当するもの全てに○をすること) 麻薬業務所変更 ・ 所在地 ・ 名称 ・ 住所 ・ 氏名 従たる施設の追加 ・ 従たる施設の変更 ・ 従たる施設の削除		
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			(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出します。 年 月 日 住所 氏名 和歌山県知事 保健所長 様					

変更事由の生じた日から15日以内に提出してください。

麻薬施用者の業務所変更により、前業務所が麻薬診療施設でなくなる場合、前施設において麻薬所有届の提出が必要です。

麻薬 者免許証記載事項変更届

免 許 証 の 番 号		第 ○○○○○○号	免許年月日	(有効期間開始日) ○年△月△日
(該当するもの全てに○をすること)				
変 更 す べ き 事 項				
麻薬業務所・氏名・住所・従施設所在地 従施設名称・ <u>従施設の追加</u> ・従施設の削除				
変 更 前	麻薬業務所	所 在 地	〒123-4567 ○○市××町△△	
		名 称	○○病院	
	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	該当なし	
変 更 後	麻薬業務所	所 在 地	〒234-5678 ○○市▼▼町××	
		名 称	●●病院	
	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	〒234-5689 ◎◎市▽▽町××	
		名 称	××診療所	
変 更 の 事 由 及 び そ の 年 月 日		(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出します。 年 月 日 住 所 氏 名 和歌山県知事 保健所長 様				

変更事由の生じた日から15日以内に提出してください。

麻薬施用者の業務所変更により、前業務所が麻薬診療施設でなくなる場合、前施設において麻薬所有届の提出が必要です。

1. 添付書類

①麻薬 ＊ 者免許証 {原本} (＊施用・管理)

②遅延理由書 {届出期限(変更が生じた日から15日以内)を経過している場合のみ}

③紛失理由書 {免許証を紛失した場合のみ}

2 記載上の注意事項等

(1) 提出部数

和歌山市内は薬務課へ1部、他は保健所へ2部

(2) 免許証の番号・免許年月日欄には、麻薬取扱者免許証の番号・有効期限の開始年月日を記載すること

(3) ※印の空欄には次のうち、何れか該当するものを記入すること
施用・管理

(4) 変更すべき事項の欄には、該当するものを○で囲むこと。

(5) 変更前の欄及び変更後の欄には、該当する事項についてのみ記載すること。

(6) 変更の事由及びその年月日の欄には、具体的な理由及び変更の生じた日を記載すること。

3 留意事項

(1) 届出の期限：事由が発生した日から15日以内。

(2) 従来の業務所が麻薬業務所でなくなる場合は、麻薬所有届(事由が発生した日から15日以内)の提出が必要。なお、所有麻薬がある場合は、麻薬廃棄届(事前に薬務課・保健所等と打合せ必要)を提出し、所有麻薬を処分すること。

(3) 麻薬施用者が従たる麻薬診療施設を追加・変更する際は、その施設に麻薬管理者の設置されているか確認すること。

(4) 住居表示の変更による記載事項変更届は必要なし。

(様式 3)

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	(有効期間開始日) 年 月 日
業 務 所	所 在 地	〒	
	名 称		
氏 名			
再 交 付 の 事 由 及 び そ の 年 月 日		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 和 歌 山 県 知 事 殿			

(様式 3)

記載例

※
麻薬 施用 者免許証再交付申請書

免許証の番号		第 12345678 号	効期	H XX年 XX月 XX日
業 務 所	所 在 地	〇〇市××町△△		
	名 称	〇〇病院		
氏 名		〇 田 △ 雄		
再交付の事由及び その年月日		紛失のため 〇〇年△△月▽▽日		
上記のとおり、免許証の再交付を申請します。 平成 〇〇 年 △△ 月 ×× 日 住 所 〇〇市△△町××-1 氏 名 〇 田 △ 雄 和歌山県知事 殿				

1. 添付書類

- ①き損した麻薬取扱者免許証 {免許証をき損した場合のみ}
- ②遅延理由書 {届出期限 (変更が生じた日から15日以内) を経過している場合のみ}

2 記載上の注意事項等

- (1) 提出部数
和歌山市内は薬務課へ1部、他は保健所へ2部
- (2) 手数料
2,700円の県収入証紙 (消印せず) を貼付すること
- (3) 免許証の番号・免許年月日欄には、麻薬取扱者免許証の番号・有効期限の開始年月日を記載すること。
- (4) ※の空欄には次のうち、何れか該当するものを記入すること。
施用・管理
- (5) 再交付の事由及びその年月日の欄には、具体的な理由及び事由の生じた日を記載すること。

3 留意事項

- (1) 届出の期限：事由が発生した日から15日以内。

(様式4)

麻 薬 者 業 務 廃 止 届

免 許 証 の 番 号		第	号	免許年月日	(有効期間開始日) 年 月 日
業 務 所	所 在 地				
	名 称				
氏 名					
業 務 廃 止 の 事 由 及 び そ の 年 月 日		(該当するものを○で囲むこと) 廃業 ・ 麻薬取扱廃止 ・ 退職 ・ 県内転勤 ・ 県外転勤 営業者変更 ・ 死亡 ・ 法人解散 ・ 免許資格喪失 その他 ()			
		(廃止年月日) 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出します。 年 月 日 住 所 届出義務者続柄 氏 名 和歌山県知事 保健所長					

業務廃止により麻薬診療施設、麻薬研究施設でなくなる場合、施設の開設者は麻薬所有届の提出が必要です。

麻薬 施用 者業務廃止届

免 許 証 の 番 号		第 1 2 3 4 5 6 7 8 号	免許年月日	(有効期間開始日) ××年 × 月 × 日
業 務 所	所 在 地	〇〇市▼▼町××		
	名 称	●●病院		
氏 名	〇田△男			
業 務 廃 止 の 事 由 及 び そ の 年 月 日	(該当するものを○で囲むこと) 廃業 ・ 麻薬取扱廃止 ・ 退職 ・ 転勤 ・ 県外転勤 営業者変更 ・ 死亡 ・ 法人解散 ・ 免許資格喪失 その他 ()			
	(廃止年月日) 〇〇 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出します。 〇〇年 〇 月 〇 日 住 所 〇〇市××町△一△ 届出義務者続柄 氏 名 〇田△男 和歌山県知事 保健所長				

1. 添付書類

- ①麻薬 ＊ 者免許証 {原本} (＊施用・管理)
- ②紛失理由書 {免許証を紛失した場合のみ}

2 記載上の注意事項等

- (1) 提出部数
和歌山市内は薬務課へ1部、他は保健所へ2部
- (2) 免許証の番号・免許年月日欄には、麻薬取扱免許証の番号・有効期限の開始年月日を記載すること。
- (3) ※印の空欄には次のうち、何れか該当するものを記入すること。
施用・管理
- (4) 業務廃止の事由は該当するものを○で囲むか、具体的な理由を記載すること
また、事由の生じた日を記載すること
- (5) 届出義務者続柄の欄には、届出義務者が死亡した場合のみ記載すること。

3 留意事項

- (1) 届出の期限：事由が発生した日から15日以内。
- (2) 届出義務者：麻薬取扱者（死亡の場合は、その相続人若しくは相続人に代わって相続財産を管理する者又は精算人）
麻薬施用者が和歌山県内の他の業務所に異動し、引き続き診療に従事する場合は、免許証記載事項変更届（変更後15日以内）を提出する。
- (3) **麻薬診療施設・麻薬研究施設でなくなった場合は**、麻薬所有届（事由が発生した日から15日以内）の提出が必要
なお、所有麻薬がある場合は、麻薬廃棄届（事前に薬務課・保健所等と打合せ必要）あるいは麻薬譲渡届（事由が発生した日から50日以内）を提出し、所有麻薬を処分すること。

(様式 5)

麻薬 者免許証返納届

免 許 証 の 番 号		第 号	免 許 年 月 日	(有効期間開始日) 年 月 日
業 務 所	所 在 地			
	名 称			
氏 名				
免 許 証 返 納 の 事 由 及 び そ の 年 月 日		☐ 有効期間満了のため 年 1 2 月 3 1 日 ☐ その他 () 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

住 所

氏名又は名称

和 歌 山 県 知 事 殿

麻薬 施用 者免許証返納届

免許証の番号		第 ○○○○ 号	免許 年月日	R××年 ×月 ×日
業 務 所	所在地	○○市××町△△		
	名称	○○病院		
氏 名		○ 田 △ 雄		
免許証返納の事由及びその年月日		☒ 有効期間満了のため R○○年12月31日 ☐ その他() 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。

〇〇 年 △△月 ××日

住所 ○○市××町△△

氏名又は名称 ○ 田 △ 雄

和歌山県知事

保 健 所 長 様

1. 添付書類

- ①麻薬 * 者免許証〔原本〕（ * 施用・管理 ）
②紛失理由書〔免許証を紛失した場合のみ〕
③遅延理由書〔届出期限（期間満了日から１５日以内）を経過している場合のみ〕

- ## 2 記載上の注意事項等

- (1) 提出部数
和歌山市内は薬務課へ1部、他は保健所へ2部
- (2) 免許証の番号・免許年月日欄には、麻薬取扱者免許証の番号・有効期限の開始年月日を記載すること。
- (3) ※印の空欄には次のうち、何れか該当するものを記入すること。
施用・管理
- (4) 免許証返納の事由及びその年月日の欄には、具体的な理由及び事由の生じた日を記載すること。

- ### 3 留意事項

- (1) 届出の期限：期間満了日から 15 日以内。
- (2) 麻薬取扱者は、以下のような場合は免許証返納届を提出すること。
 - ① 免許の有効期間が満了し、継続して免許申請したとき
 - ② 免許を取り消されたとき
 - ③ 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

(様式 6)

麻 薬 所 有 届 年月日現在				
業務所所在地				
名 称				
免許証の種類			免許証の番号	
所有麻薬の 品名、数量	品 名	数 量	品 名	数 量
麻薬及び向精神薬取締法第 3 6 条第 1 項の規定により届け出ます。 年 月 日 住 所 届出義務者続柄 氏 名 和 歌 山 県 知 事 殿				

該当するものに☑すること

- ① 届出理由 [☐ 営業者変更 ☐ 麻薬取扱の廃止 ☐ 施設移転 ☐ その他 ()]
- ② 所有麻薬がある場合 [☐ 譲渡 (麻薬営業者、麻薬診療施設開設者、麻薬研究施設設置者へ)
☐ 廃棄 (麻薬廃棄届提出)]

(様式 6)

麻 薬 所 有 届				
〇〇 年 〇 月 〇 日現在				
業務所所在地	〇〇市××町△△-△			
名 称	〇〇病院			
免許証の種類	施 用 者	免許証の番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	
所有麻薬の 品名、数量	品 名	数 量	品 名	数 量
	オキシコドン徐 放錠10mgNX	1 2錠		
	アンベック坐剤 10mg	1 0個		
麻薬及び向精神薬取締法第36条第1項の規定により届け出ます。				
〇〇 年 〇 月 〇 日				
住 所 〇〇市××町△△				
届出義務者続柄				
氏 名 医療法人〇〇 〇田△雄				
和 歌 山 県 知 事 殿				

該当す

① 届出理

② 所有麻

該当するものに☑すること

① 届出理由 ☐ 営業者変更 ☒ 麻薬取扱の廃止 ☐ 施設移転 ☐ その他 ()

② 所有麻薬がある場合 ☐ 譲渡(麻薬営業者、麻薬診療施設開設者、麻薬研究施設設置者へ)
☒ 廃棄(麻薬廃棄届提出)

1. 添付書類

通常、麻薬取扱者業務廃止届または麻薬取扱者免許証記載事項変更届

なお、所有麻薬がある場合は、麻薬廃棄届もしくは麻薬譲渡届を提出し、所有麻薬を処分すること。

2 記載上の注意事項等

1) 提出部数

和歌山市内は薬務課へ1部、他は保健所へ2部(1部はコピー可)

(2) 免許証の種類欄には次のうち、何れか該当するものを記入すること。

施用・管理

(3) 免許証の番号欄には、麻薬取扱者免許証の番号を記載すること。

(4) 所有麻薬量は、事由が発生した日の数量を記載し、麻薬がない場合は「なし」と記載すること。

(5) 所有麻薬の品名の欄には、品名及び含有量(容量)を記載すること。

・同一品名であっても含有量(容量)が異なれば別品目として記載。

・予製剤(倍散・倍液等)については原末換算せずに別品目として記載。

(6) 届出義務者続柄の欄には、届出義務者が死亡(又は解散)した場合のみ記載すること。

(7) 枠外下部については該当するものにチェックすること

3 留意事項

(1) 届出の期限: 事由が発生した日から15日以内。

(2) 届出義務者: 施設の開設者(医療法人の場合は理事長、地方公共団体の開設する施設の場合は病院長)。死亡(又は解散)の場合は、その相続人若しくは相続人に代わって相続財産を管理する者又は精算人

(様式 7)

免許の失効等による麻薬譲渡届

免許証の番号		第 号	免許年月日	(有効期間開始日) 年 月 日
免許の種類			業務廃止年月日	年 月 日
麻薬業務所	所在地			
	名称			
麻薬取扱者の 氏名				
譲 渡 先	免許証の番号	第 号	免許年月日	(有効期間開始日) 年 月 日
	免許の種類			
	麻薬業務所	所在地		
		名称		
	氏名又は名称			麻薬取扱者の 氏名
譲渡の理由				
譲渡した麻薬		後記(裏面)のとおり	譲渡年月日	年 月 日
麻薬及び向精神薬取締法第36条第3項の規定により届け出ます。 年 月 日 住 所 届出義務者続柄 氏 名 和歌山県知事 殿				

記載例

(様式 7)

免許の失効等による麻薬譲渡届

免許証の番号		第〇〇〇〇号	免許年月日	△年△月△日	
免許の種類		施用	薬量鑑別年月日	×年△月〇日	
麻薬業務所	所在地	〇〇市××町△△			
	名称	〇〇病院			
麻薬取扱者の氏名		〇 田 △ 雄			
譲渡先	免許証の番号	第××××号	免許年月日	×年〇月〇日	
	免許の種類	管理			
	麻薬業務所	所在地	〇〇市××町□□		
		名称	〇△病院		
氏名又は名称		医療法人〇田会	麻薬取扱者の氏名	△ 岩 □ 和	
譲渡の理由		法人化のため			
譲渡した麻薬		数量(重量)の計	譲渡年月日	×年△月〇日	
麻薬及び向精神薬取締法第36条第3項の規定により届け出ます。 × 年 △ 月 〇 日 住 所 〇〇市△△町□□×× 届出義務者続柄 氏 名 〇 田 △ 雄 和歌山県知事 殿					

1. 添付書類

通常、麻薬取扱者業務廃止届または麻薬取扱者免許証記載事項変更届、麻薬所有届とともに提出。

2 記載上の注意事項等

(1) 提出部数

和歌山市内は薬務課へ1部、他は保健所へ2部(1部はコピー可)

(2) 免許証の番号・免許年月日欄には、麻薬取扱者免許証の番号・有効期限の開始年月日を記載すること。

(3) 免許証の種類の欄には次のうち、何れか該当するものを記入すること。

施用・管理

(4) 麻薬取扱者の氏名の欄は、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)

(5) 譲渡の理由の欄には、具体的な理由を記載すること。

(6) 届出者が法人の場合は、住所欄には主たる事務所の所在地を、氏名欄には名称及び代表者の氏名を記載すること。

(7) 届出義務者続柄の欄には、届出義務者が死亡した場合のみ記載すること。

3 留意事項

(1) 届出の期限：譲渡した日から15日以内。

(2) 届出義務者：

麻薬診療施設：施設の開設者(医療法人の場合は理事長、地方公共団体の開設する施設の場合は病院長)

死亡又は解散の場合は、その相続人若しくは相続人に代わって相続財産を管理する者又は精算人

(3) 譲渡先は、和歌山県内(麻薬業務所の所在地)にある麻薬診療施設の開設者・麻薬研究施設の設置者・麻薬営業者に限る。なお譲渡は事由が発生した日から50日以内に限りです。

[illegible]

記載上の注意事項等

- (1) 譲渡渡葉の品名の欄には、品名及び含有量（容量）を記載すること。
- ・同一品名であっても含有量（容量）が異なれば別品目として記載。
 - ・予製剤（倍散・倍液等）については原末換算せずに別品目として記載。
- (2) 空欄には斜線を引く

(様式 8)

年 月 日

所在地
業務所 名 称
開設者 氏 名

和歌山県福祉保健部長 殿

麻薬引継報告について

医 師

異動に伴う麻薬引継事務を下記のとおり完了したので報告します。
薬剤師

記

品 名	容 器		数 量	品 名	容 器		数 量
	容 量	数			容 量	数	

管理
上記麻薬を後任麻薬 者
施用 氏に引継ぎました。

年 月 日

管理
前任麻薬 者 氏 名
施用

管理
上記麻薬を前任麻薬 者
施用 氏から引継ぎました。

年 月 日

管理
後任麻薬 者 氏 名
施用

(様式 8)

平成〇〇年××月△△日

所在地 〇〇市〇〇町△△-1
業務所 名称 〇〇市民病院
〇〇市長
開設者 氏 名 〇 〇 〇 〇

和歌山県福祉保健部長 殿

麻薬引継報告について

医師 異動に伴う麻薬引継事務を下記のとおり完了したので報告します。
薬剤師

記

品 名	容 器	数 量	品 名	容 器	数 量
	容 量	数		容 量	数
アヘンチンキ	25ml		フェンタネスト	2ml	10A
弱オピスコ注 (20mg)	1ml	10A			
オピスコ注 (40mg)	1ml	10A			
塩酸モルヒネ注 (10mg)	1ml	10A			
塩酸モルヒネ注 (50mg)	5ml	5A			
塩酸モルヒネ注 (50mg)	5ml	10A			
MSコンチン錠 10mg	100T				
MSコンチン錠 30mg	50T				
MSコンチン錠 30mg	PTP 100T				
リン酸コデイン	5g				
		4.6g			

上記麻薬を後任麻薬^{管理}者 〇 田 △ 雄 氏に引継ぎました。
施用

平成〇〇年××月△△日

前任麻薬^{管理}者 氏 名 〇 岩 × 和
施用

上記麻薬を前任麻薬^{管理}者 〇 岩 × 和 氏から引継ぎました。
施用

平成〇〇年××月△△日

後任麻薬^{管理}者 氏 名 〇 田 △ 雄
施用

1 記載上の注意事項等

(1) 提出部数

和歌山市内は薬務課へ1部、他は保健所へ2部

(2) 麻薬の管理を行う者が交代する場合提出すること。

(3) 所有麻薬の品名の欄には、品名及び含有量（容量）を記載すること。

- ・同一品名であっても含有量（容量）が異なれば別品目として記載。
- ・予製剤（倍散・倍液等）については原末換算せずに別品目として記載。

(様式 9)

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)		⑩					
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	⑩	
麻薬業務所	所 在 地						
	名 称						
品 目		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。

(様式 9) ↓

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)		医療法人〇〇会 理事長 ●田▲雄 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 〇〇〇〇〇 号	氏 名	□ 本 △ 子 印 (個人印)
麻薬業務所	所 在 地	〇〇市××町□□			
	名 称	〇〇病院			
品 目		容 量	箇 数	数 量	備 考
モルヒネ注射液 0.1mg		2ml 10本	4	40本	××-××××

(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。

記載上の注意事項等

- 1 譲受人が必要事項を記載し押印してください。
譲受人が法人の場合には、代表者印を押印してください。事務手続きをするうえで支障を来す場合、麻薬診療施設の長の職名・氏名・押印（専用印）によっても差し支えありません。
- 2 麻薬診療施設等の開設者は、麻薬譲受証を麻薬卸売業者に予め交付するか、麻薬及び麻薬譲渡証と同時交換でなければ麻薬を譲り受けることができません。

(様式10)

麻 薬 廃 棄 届

免 許 証 の 番 号	第	号	免許年月日	(有効期間開始日) 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 住 所 届出義務者続柄 氏 名 和 歌 山 県 知 事 殿				

(様式10)

麻 薬 廃 棄 届

免許証の番号		第 ○○○○ 号	姓 名	平成△年△月△日
免許の種類		管理	氏 名	○ 田 △ 雄
麻 薬 業 務 所	所 在 地	○○市××町□□		
	名 称	○○病院		
廃 棄 し よ う と す る 麻 薬		品 名	数 量	
		MSコンチン錠10mg リン酸コデイン10倍散	9 T 25.8g	
廃 棄 の 年 月 日		○〇〇年××月□□日		
廃 棄 の 場 所		○○病院薬局		
廃 棄 の 方 法		放流		
廃 棄 の 理 由		陳旧品のため		
上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。 平成○○年××月△△日 住 所 ○○市××町□□ 届出義務者続柄 ○○病院 氏 名 院長 ○ 岩 × 和 和 歌 山 県 知 事 殿				

1. 添付書類

なし

2. 記載上の注意事項等

(1) 提出部数

和歌山市内は薬務課へ1部、他は保健所へ2部（1部はコピー可）

(2) 免許証の番号・免許年月日欄には、麻薬取扱者免許証の番号・有効期限の開始年月日を記載すること。

(3) 免許証の種類欄には次のうち、何れか該当するものを記入すること。

施用・管理

(4) 麻薬の品名の欄には、品名及び含有量（容量）を記載すること。

- ・同一品名であっても含有量（容量）が異なれば別品目として記載。
- ・予製剤（倍散・倍液等）については原末換算せずに別品目として記載。

(5) 廃棄の年月日、廃棄の場所の欄は、県庁薬務課または県立保健所とあらかじめ調整した後記載すること。

(6) 廃棄の方法の欄は、（粉碎して）放流・焼却等を記載すること。

(7) 廃棄の理由の欄には、具体的な理由を記載すること。

(8) 届出者が法人の場合は、住所欄には主たる事務所の所在地を、氏名欄には名称及び代表者の氏名を記載すること。国または地方公共団体の場合は、当該麻薬業務所の所在地、名称及びその施設の長（病院長）の氏名を記載すること。

(9) 届出義務者続柄の欄には、届出義務者が死亡（又は解散）した場合のみ記載すること。

3. 留意事項

(1) あらかじめ都道府県知事（薬務課または県立保健所）に届け出て当該職員の立会いの下に廃棄すること。

(2) 対象となる麻薬

麻薬処方せんにより調剤された麻薬以外の麻薬

- ①所有する麻薬が陳旧、変質、破損、汚染、調剤過誤などの理由により譲渡または使用できなくなった麻薬
- ②所有する麻薬で譲渡または使用の見込みがなく不用な麻薬
- ③業務廃止、開設者死亡などに伴い不用となった麻薬

(様式 11)

調剤済麻薬廃棄届

免許証の番号		第 号	免許年月日	(有効期間開始日) 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 氏 名 和歌山県知事 殿					

(様式111)

調剤済麻薬廃棄届

免許証の番号		第〇〇〇〇号	発給年月日	平成△年△月△日	
免許の種類		管理	氏名	〇田△雄	
麻薬業務所	所在地	〇〇市××町□□			
	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
		①WSコンチン10mg錠	12T	平成×年×月×日	〇岩×和
		②WSコンチン10mg錠	5T	平成×年×月△日	〇本△
		③オピアル注	1A	平成×年×月□日	〇田泰〇
廃棄の方法		①、②粉碎して放流 ③放流			
廃棄の理由		①患者死亡のため ②処方変更のため ③患者の症状変化のため			
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 〇〇市××町□□ 医療法人〇田会 氏名 理事長 〇田△雄 和歌山県知事 殿					

1. 添付書類

なし

2. 記載上の注意事項等

(1) 提出部数

和歌山市内は薬務課へ1部、他は保健所へ1部

(2) 免許証の番号・免許年月日欄には、麻薬取扱者免許証の番号・有効期限の開始年月日を記載すること。

(3) 免許証の種類欄には次のうち、何れか該当するものを記入すること。

施用・管理

(4) 麻薬の品名欄には、品名及び含有量（容量）を記載すること。

- ・同一品名であっても含有量（容量）が異なれば別品目として記載。
- ・予製剤（倍散・倍液等）については原末換算せずに別品目として記載。

(5) 廃棄の方法欄は、（粉碎して）放流・焼却等を記載すること。

(6) 廃棄の理由欄には、具体的な理由（患者死亡のため、内服困難なため等）を記載すること。

(7) 届出者が法人の場合は、住所欄には主たる事務所の所在地を、氏名欄には名称及び代表者の氏名を記載すること。国または地方公共団体の場合は、当該麻薬業務所の所在地、名称及びその施設の長（病院長）の氏名を記載すること。

3. 留意事項

(1) 廃棄後30日以内に都道府県知事（薬務課または保健所）に届け出ること。

(2) 対象となる麻薬

麻薬処方せんにより調剤された麻薬

①患者の症状変化に伴い、服用困難、処方変更などによる場合

②患者死亡などによる場合

患者又は家族等から麻薬小売業者又は麻薬診療施設の開設者に返却された麻薬

(3) 廃棄日から30日以内であれば、複数の廃棄を1つの調剤済麻薬廃棄届にまとめることができる。

(様式 12)

麻 薬 事 故 届

免 許 証 の 番 号		第 号	免 許 年 月 日	(有効期間開始日) 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 和 歌 山 県 知 事 殿				

(様式 12)

麻 薬 事 故 届

免 許 証 の 番 号	第〇〇〇〇号	第〇〇〇〇	平成△年△月△日
免 許 の 種 類	管理		
麻 薬 業 務 所	所 在 地	〇〇市××町□□	
	名 称	〇〇病院	
事 故 が 生 じ た 麻 薬	品 名	数量	
	MSコンデン10mg錠	1錠	
事 故 発 生 の 状 況 〔 事故発生年月日 〕 〔 場所、事故の種類 〕	平成〇年×月□日午後×時△分頃、当院3階の〇〇室において、看護婦〇〇△△が患者にMSコンデン錠10mgを投与しようとしたところ、誤って落とした。ベットの下やその周辺をくまなく探したが発見できなかった。今後の対策については麻薬の取り扱いについて、院内の講習会を実施し、事故再発を防止する		
上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。 〇 年 × 月 □ 日 住 所 〇〇市××町〇〇 氏 名 〇 田 × 雄 和 歌 山 県 知 事 殿			

1. 添付書類

なし

2 記載上の注意事項等

(1) 提出部数

和歌山市内は薬務課へ1部、他は保健所へ2部（1部はコピー可）

(2) 免許証の番号・免許年月日欄には、麻薬取扱者免許証の番号・有効期限の開始年月日を記載すること。

(3) 免許証の種類欄には次のうち、何れか該当するものを記入すること。
施用・管理

(4) 麻薬の品名の欄には、品名及び含有量（容量）を記載すること。

- ・同一品名であっても含有量（容量）が異なれば別品目として記載。
- ・予製剤（倍散・倍液等）については原末換算せずに別品目として記載。

(5) 事故発生の状況欄には、以下の内容等をできるだけ詳細に記載すること。

- ①事故発生年月日、時刻
- ②事故発生場所
- ③事故の経緯及び原因
- ④今後の対策等

(6) 麻薬管理者（麻薬施用者）の住所、氏名を記載すること。

3 留意事項

(1) 事由が生じた日から速やかに届け出ること。

(2) 届出義務者

麻薬診療施設：麻薬管理者（麻薬管理者がいない施設にあつては麻薬施用者）

(3) 麻薬取扱者は、その所有し又は管理する麻薬について、滅失・盗取・所在不明・その他の事故が生じた場合に速やかに届け出ること。

特に、盗難・強奪・脅取・詐欺が明らかな場合は速やかに事故届を提出するとともに、最寄りの警察署にも通報すること。

(様式 13)

和歌山県知事 殿

年 月 日

業務所所在地

業務所名称

(麻薬) 免許番号第

号 麻薬業務の種類

診療科目

氏名

品 名	期 始 在 庫	受 入	払 出	期 末 在 庫	備 考
	総 数 量	総 数 量	総 数 量	総 数 量	

* 期始在庫については、前年度報告分の期末在庫と確認して下さい。

* 期末在庫量＝期始在庫量＋受入量（再利用分を含む）－払出量（廃棄届による廃棄量を含む）

(記載例) 麻薬施用者一人の麻薬診療施設

和歌山県知事 殿

令和 〇〇 年 9 月 3 0 日

業務所所在地 和歌山市□□□□□

業務所名称 医療法人 □□□医院

(麻薬) 免許番号第 〇〇〇〇 号 麻薬業務の種類 施用者 診療科目 内 科 氏名 〇 〇 〇 〇

品 名	期 始 在 庫	受 入	払 出	期 末 在 庫	備 考
	総 数 量	総 数 量	総 数 量	総 数 量	
アンペック座剤10mg	23個	50個	43個	30個	
MSコンチン錠30mg	30錠	100錠 (12錠)	60錠	82錠	患者からの譲受け再利用 (12錠)
塩酸ペチジン注35mg	6A	10A	3A (6A)	7A	麻薬廃棄届 (H×.10.15届出) により廃棄 (6A)
アヘンチンキ	5ml	25ml	8, 5ml	21, 5ml	
	RX1.10.1時点での所有 量 (前年度報告の期末在 庫と一致)	RX1.10.1からRX2.9.30 までに卸売業者から譲 受けた量	RX1.10.1からH×2. 9.30までに患者に 施用または交付した量 及び廃棄届により廃棄 した量	RX2.9.30時点での在庫 量	入院患者等から譲受け再利用した麻薬 については受入欄に () 書き別掲し 、備考欄のもその旨を記載。 麻薬廃棄届により廃棄した麻薬につい ては払出欄に () 書き別掲し、備考 欄にもその旨を記載。

* 期始在庫については、前年度報告分の期末在庫と確認してください。

* 期末在庫量＝期始在庫量＋受入量（再利用分含む）－払出量－（廃棄届による廃棄量

(様式 14)

麻薬中毒者診断届（末期疾病者）			
年 月 日			
和歌山県知事 殿			
病院又は診療所の所在地			
その名称			
医師の氏名			
麻薬及び向精神薬取締法第58条の2第1項の規定により麻薬中毒者について下記のとおり届出します。			
ふりがな 氏 名		男・女	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
現 住 所			
職 業		診 断 年 月 日	年 月 日
麻薬中毒症状の概要	病 名 及 び 症 状		
	施 用 麻 薬 品 名		
	施用量 (回数・ 本数等)		
そ の 他 参 考 事 項			

(様式 14)

麻薬中毒者診断届 (末期疾病者)			
平成〇〇年××月△△日			
和歌山県知事 殿			
病院又は診療所の所在地 〇〇市××町□□			
その名称 〇〇病院			
医師の氏名 〇 岩 × 和			
麻薬及び向精神薬取締法第58条の2第1項の規定により麻薬中毒者について下記のとおり届出します。			
氏名	た ま る お 雄 ×	男・女	大正 昭 和 ・平成××年△△月□□日 (〇〇歳)
現住所	〇〇市××町□□一××		
職業	無職	診断年月日	平成〇〇年××月△△日
麻薬中毒症状の概要	病名及び状態	〇×癌	
	施用薬品名	モルヒネ塩酸塩注50mg	
	施用量 (回数・本数等)	〇〇〇mg/日 (〇〇A)	
その他参考事項			

添付書類

なし

2 記載上の注意事項等

(1) 提出部数

和歌山市内は薬務課へ1部、他は保健所へ2部(1部はコピー可)

3 留意事項

(1) 事由が生じた日から速やかに届け出ること。

(2) 届出義務者

麻薬施用者：医療上麻薬を使用している患者(ガン等の疾病治療)について、麻薬中毒であると診断したとき

※なお、医師は、診察の結果、受診者が麻薬中毒者であると診断したときは、速やかに知事に届け出なければならない。

(様式 15)

麻薬中毒者転帰届（末期疾病者）			
和歌山県知事 殿			年 月 日
病院又は診療所の所在地 その名称 医師の氏名			
麻薬及び向精神薬取締法第58条の2第1項の規定により麻薬中毒者について下記のとおり届出します。			
ふりがな 氏 名		男・女	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
現 住 所			
職 業		診 断 年 月 日	年 月 日
診 断 書 提出年月日	年 月 日		
転 帰 の 概 要			
その他 参考事項			

(様式 15)

麻薬中毒者転帰届 (末期疾病者)			
和歌山県知事 殿			平成〇〇年××月□□日
病院又は診療所の所在地 〇〇市××町□□			
その名称 〇〇病院			
医師の氏名 〇 岩 × 和			
麻薬及び向精神薬取締法第58条の2第1項の規定により麻薬中毒者について下記のとおり届出します。			
氏 名	た ま る お ぼ つ 田 〇 雄 ×	男・女	大正 昭和 平成××年△△月□□日 (〇〇歳)
現 住 所	〇〇市××町□□一××		
職 業	無職	診 断 年 月 日	平成〇〇年××月△△日
診 断 書 提出年月日	平成 〇〇 年 ×× 月 ▽▽ 日		
転 帰 の 概 要	平成 〇〇 年 ×× 月 □□ 日永眠された。		
その他 参考事項			

1 添付書類

なし

2 記載上の注意事項等

(1) 提出部数

和歌山市内は薬務課へ1部、他は保健所へ2部(1部はコピー可)

3 留意事項

(1) 事由が生じた日から速やかに届け出ること。

(2) 届出義務者

麻薬施用者：麻薬中毒者(末期疾病者)について、麻薬の施用が必要でなくなったとき。

(例えば死亡、退院、転院等)

(様式16)

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						
和歌山県知事 殿						

(様式 16)

向精神薬事故届

免許（登録）証の番号	第〇××××号	免許(登録)年月日	平成△〇年△月△〇日
免許（登録）の種類	薬局		
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	〇〇市××町△△	
	名称	〇〇薬局	
事故が生じた向精神薬	品 名	数 量	
	リタリン錠10mg	100錠	
事故発生の状況 (事故発生年月日 場所、事故の種類)	平成〇〇年××月□□日午後×時△分頃、当院薬局に出勤したところ、薬局出入口の施錠が壊され盗難されていた。		
上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。 平成 〇〇 年 ×× 月 □□ 日 住 所 〇〇市××町△△ 株式会社〇〇薬局 氏 名 代表取締役社長 〇田×雄 和歌山県知事 殿			

1 添付書類

なし

2 記載上の注意事項等

(1) 提出部数

①大臣免許にかかるものは、薬務課へ3部

②①以外は、和歌山市内は薬務課へ1部、他は保健所へ2部（1部はコピー可）

(2) 事故の届け出は、下記に掲げる剤型の種類ごとにその数量以上において発生した場合とする。

ただし、盗難、強奪、脅取、詐欺が明らかな場合は、数量に関係なく速やかに事故届を提出するとともに最寄りの警察署にも通報すること。

末、散剤、顆粒剤 100g又は100包

錠剤、カプセル剤、坐剤 120個

注射剤 10A又は10バイアル

内容剤 10容器

経皮吸収型製剤 10枚

(3) 免許証の番号・免許年月日欄には、向精神薬小売業者免許証の番号・有効期間の開始年月日を記載すること。薬局の場合は、薬局開設許可証の番号及び有効期間の開始年月日を記載すること。

(4) 免許証の種類欄には次のうち、何れか該当するものを記入すること。

向精神薬輸入業者、向精神薬輸出業者、向精神薬製造業者、向精神薬使用者

向精神薬卸売業者、向精神薬小売業者、向精神薬試験研究施設、病院、診療所

(5) 品名欄には、品名及び含有量（容量）を記載すること。

・同一品名であっても含有量（容量）が異なれば別品目として記載。

・予製剤（倍散・倍液等）については原末換算せずに別品目として記載。

(6) 事故発生の状況欄には、以下の内容等をできるだけ詳細に記載すること。

①事故発生年月日、時刻

②事故発生場所

③事故の経緯及び原因

④今後の対策等

(7) 届出者が法人の場合は、住所欄には主たる事務所の所在地を、氏名欄には名称及び代表者の氏名を記載すること。

3 留意事項

(1) 事由が生じた日から速やかに届け出ること。

(2) 届出義務者

①病院等：開設者（法人又は団体の場合は、その施設の長（病院長等）でも可）

②向精神薬営業業者、校精神薬試験研究施設の設置者：申請者（法人又は団体の場合は、施設の長でも可）

(様式 17)

覚醒剤原料譲渡証				
譲渡年月日			年 月 日	
譲 渡 人				
住所			氏 名	
指定の種類及び番号			印	
譲 受 人	住 所			
	氏 名			
品 名	容 量	個 数	数 量	備 考

(様式 18)

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 名	容 量	個 数	数 量	備 考

記載例

覚醒剤原料譲受証 〇〇年△△月××日 譲受年月日 譲 受 人 住 所 〇〇市△△町×× 氏 名 株式会社●●● 代表取締役社長 〇田△雄 (印) 指定の種類及び番号				
譲 渡 人	住 所 〇〇市××			
	氏 名 株式会社〇〇 ▲▲支店			
使 用 の 目 的		治療のため		
品 名	容 量	個 数	数 量	備 考
塩 酸 セ レ ギ リ ン 錠	P T P 100 錠	1 箱	1 0 0 錠	製造番号

法人印又は専用印

- 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 譲渡人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。
- 4 品名欄には、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を、その他にあつては一般的名称を記載すること。
- 5 余白には、斜線を引くこと。

(様式 19)

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

和歌山県知事
保健所長 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	

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。

〇〇年△△月××日

住 所 〇〇市▲▲町××

氏 名 医療法人〇×会
理事長 〇田△雄

和 歌 山 県 知 事
保 健 所 長 様

廃棄しようとする覚醒剤原料 の 品 目 及 び 数 量	エフピーOD錠 2.5m g 30 錠
廃棄しようとする施設の所在 地及び名称	〇〇市△△町×× ●●病院
廃 棄 の 日 時	〇〇年△月×日
廃 棄 の 場 所	
廃 棄 の 事 由	期限切れのため
参 考 事 項	

1 添付書類 なし

2 記載上の注意事項等
(1) 捺印を押すこと。(任意)

(2) 提出部数
和歌山市内は薬務課へ1部、和歌山市以外は保健所へ2部(1部コピー可)

(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また、廃棄が必要な薬局の名称と所在地を併記すること。

(4) 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。

(5) 参考事項欄には、立ち会った覚せい剤監視員氏名を記載すること。

3 留意事項

廃棄の年月日、廃棄の場所の欄は、空欄にて届け出ること。届出を受理した後、廃棄日時等の調整をおこなう。

(様式 20)

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

和歌山県知事

保健所長様

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		

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。

〇〇年△△月××日

住 所 〇〇市▲▲町××

氏 名 医療法人〇×会
理事長 〇田△雄

和 歌 山 県 知 事
保 健 所 長 様

廃棄した医薬品である覚醒剤原料	品 名	数 量
	エフピーOD錠 2.5mg	14錠
廃棄を行った施設の所在地及び名称	〇〇市△△町×× ●●病院	
廃 棄 の 日 時	〇〇年△△月	
廃 棄 の 場 所	●●病院薬剤部	
廃 棄 の 方 法	粉碎して放流	
廃 棄 の 事 由	患者死亡のため	
参 考 事 項		

1 添付書類 なし

2 記載上の注意事項等

(1) 提出部数

和歌山市内は薬務課へ1部、和歌山市以外は保健所へ1部

(2) 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また、廃棄が必要な薬局の名称と所在地を併記すること。

(3) 廃棄した医薬品であ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。

(4) 廃棄の方法は、（粉碎して）放流、焼却等を記載すること

(5) 患者等から譲り受けて廃棄した場合、廃棄の事由は、「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」の「譲り受けた事由」と同じでよい

3 留意事項

(1) 廃棄後30日以内に届け出ること。

(2) 対象となる覚醒剤原料

処方箋により調剤された覚醒剤原料

①患者が不要になり、患者から譲り受けたとき

②患者の死亡により相続人等から譲り受けたとき

(3) 廃棄から30日以内であれば、複数の廃棄を1つの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にまとめることができる。

(様式 21)

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

和 歌 山 県 知 事

保 健 所 長 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		

※病院、診療所、飼育動物診療施設において患者等から譲り受けることができるのは、当該施設で交付した医薬品である覚醒剤原料に限ります。

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。

〇〇年△△月××日

住 所 〇〇市▲▲町××
氏 名 医療法人〇×会
理事長 〇田△雄

和 歌 山 県 知 事
保 健 所 長 様

譲り渡した者の氏名	□本〇子	
譲り受けた医薬品である覚醒剤原料	品 名	数 量
	エフピーOD錠 2.5mg	14錠
譲り受けた施設の所在地及び名称	〇〇市▲▲町×× ●●病院	
譲り受けた日時	〇〇年△△月	
譲り受けた場所	●●病院	
譲り受けた事由	患者死亡のため	
廃棄の日時(予定)	〇〇年△△月×日	
廃棄の場所(予定)	●●病院薬剤部	
廃棄の方法(予定)	粉碎して放流	
参 考 事 項		

1 添付書類 なし

2 記載上の注意事項等

(1) 捺印を押すこと。(任意)

(2) 提出部数

和歌山市内は薬務課へ1部、和歌山市以外は保健所へ1部

(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また、廃棄が必要な薬局の名称と所在地を併記すること。

(4) 譲り受けた医薬品であ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。

(5) 廃棄の方法は、(粉碎して)放流、焼却等を記載すること

(6) 譲り受けた事由の欄には、具体的に(患者死亡のため、内服困難のため等)記載すること

3 留意事項

(1) 譲受後速やかに届け出ること。

(2) 対象となる覚醒剤原料

処方箋により調剤、交付された覚醒剤原料

①患者が不要になり、患者から譲り受けたとき

②患者の死亡により相続人等から譲り受けたとき

※自施設において調剤、交付された覚醒剤原料に限る。

(3) 譲受後は1週間以内を目処に廃棄し、廃棄から30日以内に「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」を提出すること。

譲受後速やかに届け出る場合、「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」と「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」を同時に届け出ることができる。

(様式 22)

覚醒剤原料事故届出書

覚醒剤取締法第 30 条の 14 の規定により、覚醒剤原料の事故を届け出ます。

年 月 日

住 所
氏 名

和歌山県知事 殿

業 態			
業務所	所在地		
	名 称		
事故発生年月日			
事故発生場所			
品 名	数 量	事 故 の 状 況	

覚醒剤原料事故届出書

覚醒剤取締法第 30 条の 14 の規定により、覚醒剤原料の事故を届け出ます。

〇〇年△△月××日

住 所 〇〇市▲▲町××
氏 名 医療法人〇×会
理事長 〇田△雄

和歌山県知事 殿

業 態		病院
業務所	所在地	〇〇市▲▲町××
	名 称	●●病院
事故発生年月日		〇〇年△△月×日
事故発生場所		●●病院薬剤部
品 名	数 量	事 故 の 状 況
セレギリン塩 酸塩錠 2.5m g	1 錠	薬剤師〇〇が調剤しようとしたところ、誤って落として回収できなかった。 今後は、取り扱いマニュアルの見直し及び薬剤師等の研修を実施し、事故の再発防止をはかる。

1 添付書類 なし

2 記載上の注意事項等

(1) 捨印を押すこと。(任意)

(2) 提出部数

和歌山市内は薬務課へ1部、和歌山市以外は保健所へ2部(1部はコピー可)

(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。

(4) 業態欄には、病院、診療所、飼育動物診療施設、薬局の別を記載すること

(5) 事故の状況は、具体的かつ詳細に記載すること。書ききれない場合は、別紙参照と記載し、事故状況を示した資料を添付すること。

(様式 23)

業務廃止等に伴う覚醒剤原料所有数量報告書

業務廃止等に伴う覚醒剤原料の所有数量について、覚醒剤取締法第 30 条の 15 第 1 項の規定により、報告します。

年 月 日

住 所
報告義務者続柄
氏 名

和歌山県知事 殿

業 態			
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			

業務廃止等に伴う覚醒剤原料所有数量報告書

業務廃止等に伴う覚醒剤原料の所有数量について、覚醒剤取締法第30条の15第1項の規定により、報告します。

〇〇年△△月××日

住 所 〇〇市▲▲町××

氏 名 〇田△雄

和歌山県知事 殿

業 態		診療所
業務所	所在地	〇〇市▲▲町××
	名 称	●●クリニック
品 名		数 量
エフピーOD錠 2.5mg		20錠
報告の事由及びその事由の発生年月日		法人化に伴い廃止 〇〇年△月×日

- 1 添付書類 なし
- 2 記載上の注意事項等
 - (1) 捺印を押すこと。(任意)
 - (2) 提出部数
和歌山市内は薬務課へ1部、和歌山市以外は保健所へ2部(1部はコピー可)
 - (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。
 - (4) 業態欄には、病院、診療所、飼育動物診療施設、薬局の別を記載すること
 - (5) 業務所欄には、業務廃止等前のものを記載すること

(様式 24)

業務廃止等に伴う覚醒剤原料譲渡報告書

業務廃止等に伴う覚醒剤原料の譲渡について、覚醒剤取締法第 30 条の 15 第 2 項の規定により、報告します。

年 月 日

住 所
報告義務者続柄
氏 名

和歌山県知事

殿

業 態					
業務所	所在地				
	名 称				
品 名		数 量	譲 受 人 住所・氏名	法第 30 条の 7 による区分及び 業種名	指 定 証 の 番号
報告の事由及びその 事由の発生日					

業務廃止等に伴う覚醒剤原料譲渡報告書

業務廃止等に伴う覚醒剤原料の譲渡について、覚醒剤取締法第 30 条の 15 第 2 項の規定により、報告します。

〇〇年△△月××日

住 所 〇〇市▲▲町××

氏 名 〇田△雄

和歌山県知事 殿

業 態		診療所			
業務所	所在地	〇〇市▲▲町××			
	名 称	●●クリニック			
品 名		数 量	譲 受 人 住所・氏名	法第 30 条の 7 による区分及び 業種名	指定証の番号
エプピーOD錠 2.5m g		2 0 錠	〇〇市××町▲ 株式会社□□薬品	覚醒剤原料取扱者	第××号
報告の事由及びその 事由の発生年月日		クリニック廃業のため 〇〇年△月×日			

1 添付書類 なし

2 記載上の注意事項等

(1) 提出部数

和歌山市内は薬務課へ1部、和歌山市以外は保健所へ2部（1部はコピー可）

(2) 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。

(3) 業態欄には、病院、診療所、飼育動物診療施設、薬局の別を記載すること

(4) 業務所欄には、業務廃止等前のものを記載すること

3 留意事項

(1) 業務廃止等の日から30日以内に覚醒剤原料取扱者、病院・薬局等の開設者に譲り渡すこと。

(2) 譲り渡す際、相手方の資格をあらかじめ確認し、譲渡証及び譲受相の交換を行うこと。

(3) 業務廃止等の日から30日以内に譲り渡すことができなかった場合には、「業務廃止等に伴う覚醒剤原料処分届出書」により届け出て、県職員の立ち合いのもと廃棄すること。

(様式 25)

業務廃止等に伴う覚醒剤原料処分届出書

業務廃止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、届け出ます。

年 月 日

住 所
届出義務者続柄
氏 名

和歌山県知事 殿

業 態			
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			

業務廃止等に伴う覚醒剤原料処分届出書

業務廃止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、届け出ます。

〇〇年△△月××日

住 所 〇〇市▲▲町××

氏 名 〇田△雄

和歌山県知事 殿

業 態		診療所
業務 所	所在地	〇〇市▲▲町××
	名 称	●●クリニック
品 名		数 量
エフピーOD錠 2.5m g		20錠
届出の事由及び その事由の発生 年月日	業務廃止の日より30日以内に譲渡できなかったため 〇〇年△月×日	

1 添付書類 なし

2 記載上の注意事項等

(1) 捨印を押すこと。(任意)

(2) 提出部数

和歌山市内は薬務課へ1部、和歌山市以外は保健所へ2部(1部はコピー可)

(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。

(4) 業態欄には、病院、診療所、飼育動物診療施設、薬局の別を記載すること

(5) 業務所欄には、業務廃止等前のものを記載すること

3 留意事項

業務廃止等の日から30日以内に譲り渡すことができなかった場合に届け出ること。