

6 福薬業発第 3 9 6 号

令和 6 年 1 2 月 1 1 日

各地区薬剤師会会長 殿

公益社団法人福岡県薬剤師会  
常務理事 田城 涼子

### 麻薬及び向精神薬取締法の一部改正に伴う様式の変更について

平素より本会業務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

標記につきまして福岡県保健医療介護部薬務課麻薬係より文書が届きましたのでお知らせいたします。

「大麻取締法及び麻薬及び向精神薬取締法の一部を改正する法律」（令和 5 年法律第 8 4 号）が令和 6 年 1 2 月 1 2 日に施行されることに伴い、麻薬取扱者免許申請書等の様式が変更になります。

つきましては、令和 6 年 1 2 月 1 2 日以降に免許申請の際や医療用麻薬のお取引の際には、新しい様式をご使用ください。

ご多忙中のことと存じますが、貴会会員へのご周知方よろしくお願い申し上げます。

#### 記

##### ■変更となった様式

- ・麻薬取扱者免許申請書（別記第 1 号様式）
  - ・麻薬卸売業者（小売業者）役員変更届（別記第 1 号の 2 様式）
  - ・麻薬廃棄届（別記第 1 1 号様式）
  - ・麻薬譲受証（別記第 1 6 号様式）及び麻薬譲渡証（別記第 1 7 号様式）※
- ※ 麻薬卸売業者と医療機関等の間の取り交わしにおいては、当面の間、現行様式を用いても差し支えありません。新様式へ切り替えられるタイミングで切り替えをお願いします。

新様式は、福岡県庁のホームページからもダウンロードできます。

福岡県庁のトップページ > 健康・福祉・子育て > 医療 > 薬局、医薬品・医療機器 > 麻薬取扱者関係の各種手続き案内

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/mayakutoriatukaisya.html>

以上

各関係団体の長 殿

福岡県保健医療介護部長  
(薬務課麻薬係)

麻薬及び向精神薬取締法の一部改正に伴う様式の変更について（通知）

平素から薬務行政の推進につきましては、格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

「大麻取締法及び麻薬及び向精神薬取締法の一部を改正する法律」（令和 5 年法律第 8 4 号）が令和 6 年 1 2 月 1 2 日に施行されることに伴い、麻薬取扱者（麻薬施用者、麻薬管理者、麻薬卸売業者、麻薬小売業者、麻薬研究者）免許申請書等の様式の一部が下記のとおり変更になります。

つきましては、令和 6 年 1 2 月 1 2 日以降は新様式を御使用いただきますよう、貴会会員へ周知をお願いいたします。

また、周知にあたりましては、別添のチラシを御活用ください。

記

1 改正の内容

- ・申請者等の欠格条項に、暴力団排除条項を追加。
- ・麻薬取扱者以外の者が麻薬を廃棄するときの届出事項として、廃棄しようとする麻薬の所在場所を追加。
- ・大麻が麻薬に位置付けられたことから、麻薬譲受証及び麻薬譲渡証の「麻薬業務所」の欄に、「大麻草栽培者が大麻を業務上取り扱う事務所」を追加。

2 変更となった様式

- ・麻薬取扱者免許申請書（別記第 1 号様式）
- ・麻薬卸売業者（小売業者）役員変更届（別記第 1 号の 2 様式）
- ・麻薬廃棄届（別記第 1 1 号様式）
- ・麻薬譲受証（別記第 1 6 号様式）及び麻薬譲渡証（別記第 1 7 号様式）※  
※ 麻薬卸売業者と医療機関等の間での取り交わしにおいては、当面の間、現行様式を用いても差し支えありません。新様式へ切り替えられるタイミングで切り替えをお願いします。

3 施行期日

令和 6 年 1 2 月 1 2 日

# 令和6年12月12日から様式が新しくなります

麻薬及び向精神薬取締法の改正に伴い、麻薬取扱者(施用者・管理者・小売業者・卸売業者など)の免許申請の様式や、麻薬譲渡証・譲受証などの様式が新しくなりました。

免許申請の際や医療用麻薬のお取引の際には、新しい様式を御使用ください。

## 免許申請書の変更点

免許を受けられない場合の要件(欠格条項)に「暴力団員である(あった)こと」「暴力団員である(あった)者に事業活動を支配されていること」が追加されました。※役員変更届も同様の趣旨で改正。

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に基づく処分に違反したこと。	なし
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。	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

該当しない場合は「なし」と記載

欠格条項が追加



新しい欠格条項が記載されていない申請書を使用した場合、**追記や再提出**をお願いする場合がございます。

申請書の様式データをお持ちの方は、県ホームページから**新しい様式データ**をダウンロードしてください。

## 麻薬譲渡証・譲受証の変更点

大麻が麻薬に位置づけられ、大麻を取り扱う方もこの様式を用いることとなったことに伴い、様式上の文言の一部が改正されました。



改正法の施行日以降、可能な限りお早めに新様式への切り替えをお願いします。

新様式は、福岡県庁のホームページで公開しています。

[変更された様式]

- ・麻薬取扱者免許申請
- ・麻薬卸売業者(小売業者)役員変更届
- ・麻薬廃棄届
- ・麻薬譲渡証/麻薬譲受証

[検索キーワード]

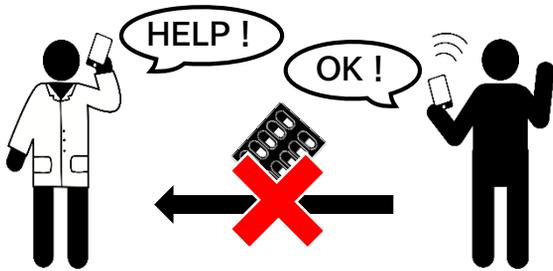
福岡 麻薬 手続き X 🔍

[二次元コード]



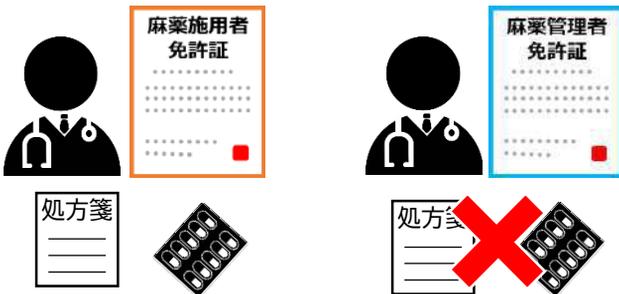
# 知っていただきたい麻薬取扱いの重要なポイント

## 麻薬の貸し借りは、しない



医療機関や薬局などの中での麻薬の貸し借りなど、法に違反する麻薬の不正な取引は、特別な許可がない限り緊急時でもできません。

## 処方・施用は麻薬施用者のみ



福岡県内で麻薬が記載された処方箋を交付したり、患者に麻薬を施用できるのは福岡県知事から免許を受けた『麻薬施用者』だけです。麻薬管理者免許では、できません。

## 処方箋の 免許番号 の確認を

借	「※」欄に「○」又は「×」を記載した場合は、筆名又は記名・押印すること。
号	患者住所 福岡市博多区〇〇-〇〇 麻薬施用者免許番号 〇〇〇〇〇〇
<small>保険薬局が調剤時に控室を確認した場合(特に指示がある場合は「ト」又は「※」を記載すること。) □保険医療機関へ「疑義照会」した上で調剤 □保険医療機関へ「情報提供」</small>	

- ✖ 麻薬施用者免許番号 241999
- ✖ 麻薬施用者免許番号 (空欄)

施用者免許の番号は7桁。管理者免許の番号は6桁。処方箋の監査の時には、空欄や桁数の確認を。

- ✖ 麻薬施用者免許番号 1234567

最初の2つの数字は免許を受けた年の西暦。免許の有効期間はおおむね3年間。

例えば、2020年に発行された処方箋には  
 20…… ※今年免許を受けた  
 19…… ※去年免許を受けた(20 - 1)  
 18…… ※一昨年免許を受けた(20 - 2)  
 のいずれかの番号が表示されるはず。

普段は麻薬処方箋を発行していない医師からの処方箋や年明け1月(免許更新忘れ)には特にご注意ください。

不正な麻薬処方箋では、調剤することはできません。『免許番号が空欄』『免許番号が7桁ではない』『免許番号の最初の2つの数字がおかしい』など、不審な点がある処方箋を応需した時は、疑義照会をしてから調剤を行ってください。

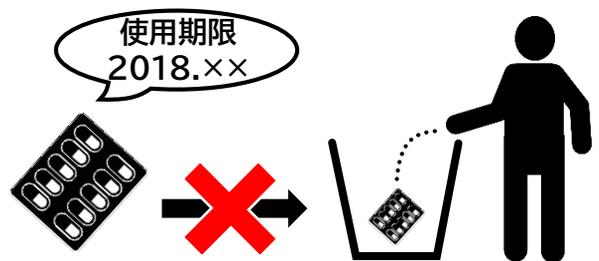
## 施用者の増員前に管理者の設置を



麻薬施用者が2名以上になる時には、その時まで麻薬管理者を設置しなければいけません。

異動や転入などの際は、麻薬施用者免許の有無を確認し、余裕をもって麻薬管理者免許を申請してください。

## 期限切れ麻薬の廃棄は、県職員立会



期限切れの麻薬は事前に届け出の上、県職員立会いの下で廃棄しなければいけません。また、期限切れ以外でも、県職員の立会が必要な場合があります。麻薬の廃棄に迷ったら、廃棄の前に御相談ください。

麻薬（ 施用 ・ 管理 ） 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 麻薬管理者免許を取得している人はいますか。  
 ① いる ② いない

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				
免許の番号 (該当する種別に○)	医師 ・ 歯科医師 獣医師 ・ 薬剤師	第	号	免許の 年月日	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。	なし ・ あり ( )			
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。	なし ・ あり ( )			
	(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。	なし ・ あり ( )			
	(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ったこと。	なし ・ あり ( )			
	(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 ・ あり ( )			
備 考	1 新規 2 継続 (麻薬免許番号 第 号)				
	年 月 日から免許希望 (希望がある場合のみ)				
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					
福岡県知事 殿					

担当者名 \_\_\_\_\_

連絡先TEL \_\_\_\_\_



麻薬（卸売業・小売業）者免許申請書

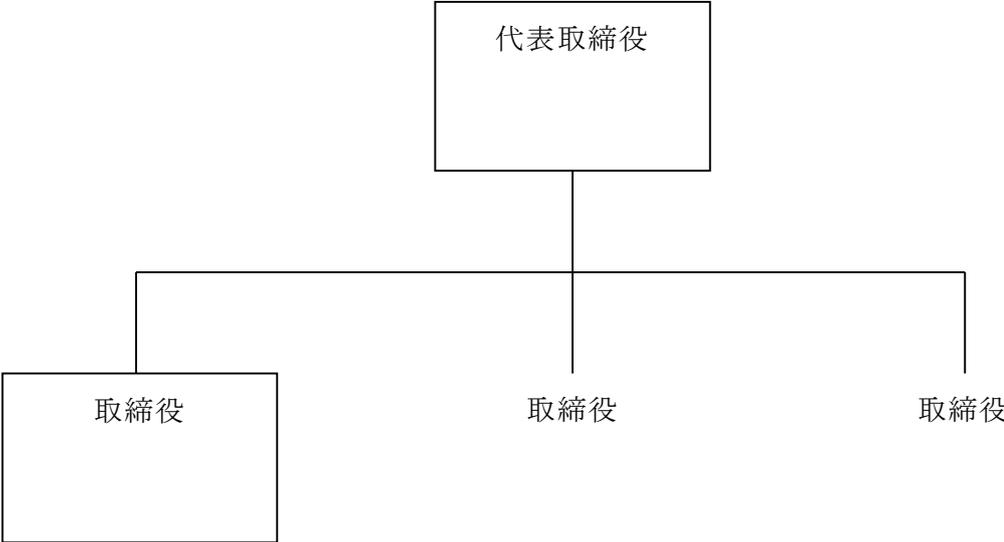
麻薬業務所	所在地				
	名称				
麻薬施用者又は麻薬研究者にあっては、従として診療又は研究に従事する麻薬診療施設又は麻薬研究施設	所在地				
	名称				
許可の番号 (該当する種別に○)	薬局 医薬品販売	第	号	許可の 年月日	年 月 日
申を 請行 者う （役 員を 含 あ む つ て） は、 欠 格 の 業 務	(1) 法第51条第1項の規定により 免許を取り消されたこと。	全員なし ・ あり ( )			
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。	全員なし ・ あり ( )			
	(3) 医事又は薬事に関する法令又は これに基づく処分に違反したこと。	全員なし ・ あり ( )			
	(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ったこと。	全員なし ・ あり ( )			
	(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 ・ あり ( )			
備 考		1 新規 2 継続 (麻薬免許番号 第 号)			
		年 月 日から免許希望 (希望がある場合のみ)			
<p>上記のとおり、免許を受けたいので申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)</p> <p>氏 名 (法人にあっては、名称)</p> <p>福岡県知事 殿</p>					

担当者名 \_\_\_\_\_

連絡先TEL \_\_\_\_\_



# 組織規定図



内が麻薬及び向精神薬取締法の免許にかかる業務を行う  
役員である。

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

主たる事務所の  
所在地

法人の名称及び  
代表者の氏名

麻薬 研究 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		種別 第	号	許可又は免許の年月日 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。	なし ・ あり ( )		
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。	なし ・ あり ( )		
	(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。	なし ・ あり ( )		
	(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ったこと。	なし ・ あり ( )		
	(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 ・ あり ( )		
備 考		1 新規 2 継続 (麻薬免許番号 第 号)		
		年 月 日から免許希望 (希望がある場合のみ)		
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				
福岡県知事 殿				

担当者名 \_\_\_\_\_

連絡先TEL \_\_\_\_\_

(注 意)

(1) 用紙の大きさは、A 4とする。

(2) 欠格条項の(1)欄から(5)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)欄にあつてはその理由及び年月日を、(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がなくなった場合はその年月日を、(3)欄にあつてはその違反の事実及び年月日を、(4)欄及び(5)欄にあつてはその事実があつた年月日を記載すること。

## 診 断 書

氏 名			
生年月日	年 月 日	年 齢	歳
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 <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要			
「専門家による判断が必要」に該当する場合は、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 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
診断年月日	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	名 称	
		所 在 地	
		電話番号	
	氏 名	印	

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。

年 月 日

保健(福祉(環境)事務)所係員 職名

氏名

年 月 日

## 研究同意書

福岡県知事 殿

麻薬研究施設の設置者名 設置者印  
(又は施設長名) (又は施設長印)

〇〇〇〇 (研究者氏名) が、▲▲▲▲ (研究施設名) において、研究計画書のと  
おり研究を行うことに同意します。

## 麻薬（卸売業・小売業）者役員変更届

免許の番号		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)	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。					
	(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 暴力団員であったこと。					
備考							
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所（法人又は団体の主たる事務所の所在地）</p> <p>氏名（法人又は団体の名称）</p> <p>福岡県知事 殿</p>							

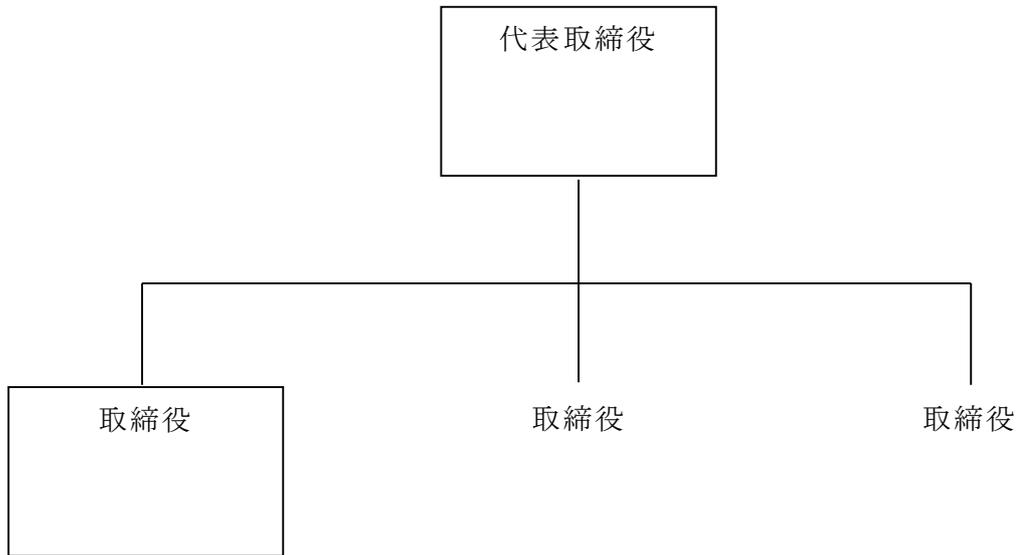
(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 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。
- 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)欄にあつてはその理由及び年月日を、(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がなくなった場合はその年月日を、(3)欄にあつてはその事実及び年月日を、(4)欄にあつてはその事実があつた年月日を記載すること。

# 診 断 書

氏 名			
生 年 月 日	年 月 日	年 齡	歳
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。                  (各項目について該当する□欄にチェック☑を付けてください。)</p> <p>1 精神機能                  精神機能の障害</p> <p><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p><input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p>「専門家による判断が必要」に該当する場合は、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を記載すること（できるだけ具体的に。詳細については別紙も可）</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり</p>			
診 断 年 月 日	年 月 日		
医 師	病院、 診療所 又は介 護老人 保健施 設等	名 称	
		所 在 地	
		電 話 番 号	
	氏 名	印	

# 組織規定図



内が麻薬及び向精神薬取締法の免許にかかる業務を行う  
役員である。

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

主たる事務所の  
所在地

法人の名称及び  
代表者の氏名

# 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				
<p style="text-align: center;">上記のとおり、廃棄したいので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）</p> <p style="text-align: center;">届出義務者続柄</p> <p style="text-align: center;">氏 名（法人にあっては、名称）</p> <p style="text-align: center;">福 岡 県 知 事 殿</p>				

(注意) 用紙の大きさは、A4とすること。

担当者名 \_\_\_\_\_

連絡先TEL \_\_\_\_\_

別記第 16 号様式 (第 12 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	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。

別記第 17 号様式 (第 12 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)							⑩		
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。