

残余麻薬譲渡届


※引き続き管轄の保健所(部)でも
書面による申請を受け付けています。

残余麻薬譲渡届

大分県の「残余麻薬譲渡届」のネット申請ページです。

残余麻薬譲渡届とは

業務廃止等により、所有する麻薬を譲渡した場合、届け出る必要があります。

利用規約に同意する
利用規約を読む 

申請に進む

1. 「利用規約に同意する」を確認し、チェックを入れてください。

2. 「申請に進む」をクリック。

申請者の情報

申請者の種別

個人

開設者が法人か、個人かを確認してください。

法人

法人を検索して自動入力する

法人名 (届出義務者が法人の解散等で届出できない場合は、代わりに届け出る者の続柄も記載)

例) 株式会社〇〇 医療法人◇◇

法人の所在地 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

法人の主たる事務所の所在地を入力

代表者の役職名及び代表者氏名を記載してください。

例) 代表取締役、理事長 〇〇 □◇

一時保存して、次へ進む

< 制度概要ページに戻る

残余麻薬譲渡届

大分県知事 殿

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)

麻薬及び向精神薬取締法第36条第2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	
	麻薬業務所	所在地
	氏名 (法人にあっては、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

譲渡年月日	譲渡者	
	麻薬取扱者	所在地
	氏名 (法人にあっては、名称)	
	麻薬業務所	所在地

品名	品名	数量	備考
	譲渡した 及び 数量の		

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、宛先を書き換えて頂ければ、九州各県で使用できます。

残余麻薬譲渡届 (薬務室)

【免許番号】免許の種類ごとにアルファベットが異なります。

- A: 麻薬小売業者
- B: 麻薬管理者
- C: 麻薬施用者
- D: 麻薬研究者
- 麻薬卸売業者: 4桁の数字

麻薬取扱者 (譲渡者)

免許の種類

免許証に記載された免許の種類を選択
※病院等の場合は麻薬管理者(麻薬施用者が1人の場合は麻薬施用者)

免許番号

麻薬取扱者免許の左上を確認してください。例 △C□◇□◇ (麻薬施用者)

氏名 (法人にあっては、名称)

麻薬施用・管理・研究者：個人の名前、麻薬小売・卸売業者：開設者の名前 (法人の場合は、代表者の役職名及び代表者氏名)

【免許の種類】で選択した免許を持つ者の氏名を記載
※免許証に記載されています。

麻薬管理者(麻薬施用者1人の場合は施用者)の氏名
麻薬研究者については麻薬研究者の名前
麻薬小売業者、麻薬卸売業者については、
開設者氏名(法人の場合は法人の名称、代表者の役職、代表者氏名)
例)株式会社◇◇ 代表取締役 ○○△□

残余麻薬譲渡届			
大分県知事 殿		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)	
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 (法人にあっては、名称)		
	所在地 麻薬業務所 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	
譲渡者 麻薬取扱者	住所 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	(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)	
	免許の種類		
	免許番号		
	氏名 (法人にあっては、名称)		
所在地 麻薬業務所 名称			
譲渡年月日		年 月 日	
品名 譲渡 した 及び 麻薬 量の	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、宛先を書き換えて頂ければ、九州各県で使用できます。

麻薬業務所の所在地

麻薬取扱者免許証を確認してください。

免許証を確認してください。

麻薬業務所の名称

麻薬取扱者免許証を確認してください。

免許証を確認してください。

業務（研究）の廃止または免許の失効年月日

残余麻薬届に入力した日を確認してください。

年/月/日

残余麻薬届出年月日

残余麻薬届を提出した日を確認してください。

残余麻薬譲渡届			
大分県知事		殿	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)
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	(法人にあっては、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	(法人にあっては、主たる事務所の所在地)
		氏名	(法人にあっては、名称)
	麻薬取扱者	免許の種類	
		免許番号	
		氏名	(法人にあっては、名称)
	麻薬業務所	所在地	
		名称	
	譲渡年月日	年 月 日	
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、宛先を書き換えて頂ければ、九州各県で使用できます。

譲受者

譲受者の住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

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することができます。法人の

譲受者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地を入力してください。

譲受者の氏名（法人にあっては、名称）

法人の場合は、法人の場合は法人の名称、代表者の役職、代表者氏名を入力してください。

免許の種類

免許証に記載された免許の種類を選択してください。
※病院等の場合は、麻薬管理者（麻薬施用者が1人の場合は麻薬施用者）

免許番号

【免許番号】免許の種類ごとにアルファベットが異なります。
A:麻薬小売業者
B:麻薬管理者
C:麻薬施用者
D:麻薬研究者
麻薬卸売業者:4桁の数字

残余麻薬譲渡届

年 月 日

大分県知事 殿

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)

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 <small>(法人にあっては、名称)</small>	
	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 <small>(法人にあっては、主たる事務所の所在地)</small> 氏名 <small>(法人にあっては、名称)</small>	
		免許の種類	
		免許番号	
		氏名 <small>(法人にあっては、名称)</small>	
	麻薬取扱者	所在地	
		名称	
	譲渡年月日	年 月 日	
品 名 既 及 び 数 量 の	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、宛先を書き換えて頂ければ、九州各県で使用できます。

【免許の種類】で選択した免許を持つ者の氏名を入力
※免許証を確認してください。
 麻薬管理者(麻薬施用者1人の場合は施用者)の氏名
 麻薬研究者については麻薬研究者の氏名
 麻薬小売業者、麻薬卸売業者については、
 開設者氏名(法人の場合は法人の名称、代表者の役職、代表者氏名)
 例)株式会社◇◇ 代表取締役 ○○△□

氏名 (法人にあつては、名称)

麻薬施用・管理・研究者：個人の名前
 代表者の役職名及び法人代表者の氏名

麻薬業務所の所在地

麻薬取扱者免許証を確認してください。

譲受先の麻薬業務所の住所を入力してください。

麻薬業務所の名称

麻薬取扱者免許証を確認してください。

譲受先の麻薬業務所の名称を入力してください。

譲渡年月日

廃止した日から50日以内に譲渡し、譲渡した日から15日以内に届け出る必要があります。

残余麻薬譲渡届

年 月 日

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)

※規定により、次のとおり届け出ます。

譲渡者	免許の種類		
	免許番号		
	氏名 <small>(法人にあつては、名称)</small>		
	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	住所 <small>(法人にあつては、主たる事務所の所在地)</small>		
	氏名 <small>(法人にあつては、名称)</small>		
	免許の種類		
	免許番号		
	氏名 <small>(法人にあつては、名称)</small>		
	麻薬業務所	所在地 名称	
譲渡年月日		年 月 日	
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、宛先を書き換えて頂ければ、九州各県で使用できます。

譲渡した麻薬の品名及び数量

品名及び数量 任意

残余麻薬届や帳簿を確認してください。
10品目まで入力が可能です。

品名

〇〇錠10mg

数量

例) 100錠

備考 任意

追加する

あと9件まで追加できます

添付資料 任意

10品目以上ある場合などはリストを作成の上
添付してください。

こちらをクリックすると、同様の項目が出てきます。

残余麻薬譲渡届			
大分県知事		殿	
住所		年 月 日	
<small>(法人にあっては、 主たる事務所の所在地)</small>			
氏名			
<small>(法人にあっては、名称)</small>			
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 <small>(法人にあっては、名称)</small>	
	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
譲 受 者	麻薬取扱者	住所	
		<small>(法人にあっては、主たる 事務所の所在地)</small>	
		氏名	
		<small>(法人にあっては、名称)</small>	
	麻薬業務所	所在地	
		名称	
譲渡年月日		年 月 日	
品名 譲渡した 及び 数量の	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、宛先を書き換えて頂ければ、九州各県で使用
できます。

麻薬業務所の名称

[編集する](#)

薬務室薬局

譲渡年月日

[編集する](#)

2022/03/04

譲渡した麻薬の品名及び数量

品名及び数量 任意

品名及び数量 # 1	
品名	編集する
薬1	
数量	編集する
40錠	
備考 任意	編集する

[追加する](#)

添付資料 任意

[編集する](#)

1. 最後に、今まで記入した内容が出ますので、間違いがないか確認をしてください。

2. 間違いが無ければ、「この内容で申請する」をクリックしてください。

この内容で申請する