

残余麻薬届

※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。

残余麻薬届

大分県の「残余麻薬届」のネット申請ページです。

残余麻薬届とは

麻薬業務所を移転・廃止等した場合、届け出る必要があります。

[ログインして申請に進む](#)

1. ログインをして申請を実施してください。

※アカウントをお持ちでない場合は、
アカウントの作成から始まります。

残余麻薬届

大分県の「残余麻薬届」のネット申請ページです。

残余麻薬届とは

麻薬業務所を移転・廃止等した場合、届け出る必要があります。

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。

利用規約に同意する
利用規約を読む 

申請に進む

申請者の情報

申請者の種別

個人

法人

開設者が法人か、個人かを確認してください。
※個人の場合は、個人の名前、住所を入力

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

法人の主たる事務所の所在地を入力してください。

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 □◇

一時保存して、次へ進む

制度概要ページに戻る

残余麻薬届 年 月 日

大分県知事 殿

住所
(個人にあっては、主たる事務所の所在地)
氏名
(個人にあっては、本姓)

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	免許の種類		
届出	免許番号		
者	氏名 (個人にあっては、本姓)		
	所在地		
	麻薬業務所 名称		
	業務(研究)の廃止または 免許の失効年月日	年 月 日	
	届出の理由	<input type="checkbox"/> 業務廃止 <input type="checkbox"/> 移転 <input type="checkbox"/> 法人化 <input type="checkbox"/> その他 ()	
残余麻薬の品名	品名	数量	備考
理事の処置	<input type="checkbox"/> 麻薬営業者、麻薬診療施設の開設者又は麻薬研究施設の開設者に譲渡し、残余麻薬届届出を提出する予定 <input type="checkbox"/> 麻薬廃棄届を提出し、廃棄する予定 <input type="checkbox"/> 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。

届出の内容

免許の種類

麻薬取扱者免許を確認してください。

免許証に記載された免許の種類を選択
 ※麻薬管理者(麻薬施用者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)

【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 ○○△□

【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 届

年 月 日

大分県知事 殿

住所
(個人にあっては、
 主たる事務所の所在地)
 氏 名
(個人にあっては、本姓)

麻薬及び精神薬取締法第36条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

免許の種類		
免許番号		
氏 名 <small>(個人にあっては、本姓)</small>		
麻薬業務所	所在地	
	名 称	
業務(研究)の廃止または 免許の失効年月日	年 月 日	
届出の理由	<input type="checkbox"/> 業務廃止 <input type="checkbox"/> 移転 <input type="checkbox"/> 法人化 <input type="checkbox"/> その他 ()	
残余麻薬の 品名	品 名	数 量
残薬の処置	<input type="checkbox"/> 麻薬営業者、麻薬診療施設の開設者又は麻薬研究施設の開設者に譲渡し、残余麻薬譲渡届を提出する予定 <input type="checkbox"/> 麻薬廃棄届を提出し、廃棄する予定 <input type="checkbox"/> 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。

麻薬業務所の所在地

麻薬取扱者免許

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

免許証を確認してください。

残 余 麻 薬 届

年 月 日

大分県知事 殿

住 所
(個人にあっては、
または事務所の所在地)

氏 名
(個人にあっては、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 <small>(個人にあっては、名称)</small>	
	麻薬業務所 所在地 名 称	

業務(研究)の廃止または
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 ()

品 名	数 量	備 考

残 余 麻 薬 の 品 名

残薬の処置 麻薬営業者、麻薬診療施設の開設者又は麻薬研究施設の開設者に譲渡し、残余麻薬譲渡届を提出する予定
麻薬廃棄届を提出し、廃棄する予定
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。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。

業務（研究）の廃止または免許の失効年月日

麻薬業務所を廃止した日、移転した日等を選択してください。

年/月/日

届出の理由

業務廃止

移転

法人化

その他

「その他」を選択した場合 任意

「その他」を選択した場合は、必ず理由を入力してください。※必須

一時保存して、次へ進む

残 余 麻 薬 届

大分県知事 殿

住所
(個人にあっては、
主たる事務所の所在地)

氏 名
(個人にあっては、本名)

麻薬及び向精神薬取締法第36条第1項の規定により、次のとおり届出ます。

麻 薬 取 扱 者	免許の種類	
	免許番号	
	氏 名 (個人にあっては、本名)	
	所在地	
麻薬業務所	名 称	
業務(研究)の廃止または 免許の失効年月日		年 月 日
届出の理由		<input type="checkbox"/> 業務廃止 <input type="checkbox"/> 移転 <input type="checkbox"/> 法人化 <input type="checkbox"/> その他 ()
残 余 麻 薬 の 品 名	品 名	数 量
残薬の処置	<input type="checkbox"/> 麻薬営業者、麻薬診療施設の開設者又は麻薬研究施設の開設者に 譲渡し、残余麻薬譲渡届を提出する予定 <input type="checkbox"/> 麻薬廃棄届を提出し、廃棄する予定 <input type="checkbox"/> 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。

残余麻薬の品名及び数量

麻薬の所有について

「所有なし」又は「所有あり」を選択。「所有なし」の場合は終了です。

「所有あり」と選択し、資料を添付する場合 任意

所有ありの場合

10品目以上ある場合は、資料の添付をしてください。

麻薬の品目及び数量について（所有ありと選択した場合は必須項目） 任意

10品目 書き込む場合は、クリックをしてください。

追加する

次のページ

残余麻薬の処置

廃止した日から50日以内に対応する必要があります。

- 麻薬営業者、麻薬診療施設の開設者又は麻薬研究施設の開設者に譲渡し、残余麻薬譲渡届を提出する予定
- 麻薬廃棄届を提出し、廃棄する予定
- その他（具体的に記入すること。）

電子申請が可能です。
 ※50日以内に、必ずどちらかの対応を取ってください。不正所持になる可能性があります。
 ※対応がわからない場合は、管轄の保健所(部)、大分市については薬務室にご連絡ください。

その他を選択した場合 任意

その他を選択した場合は、必ず入力してください。

残余麻薬届

年 月 日

大分県知事 殿

住所
（個人にあっては、
 または事務所の所在地）
 氏名
（個人にあっては、本姓）

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 <small>（個人にあっては、本姓）</small>	
	所在地	
麻薬業務所	所在地	
	名称	
業務(研究)の廃止または 免許の失効年月日		年 月 日
届出の理由		<input type="checkbox"/> 業務廃止 <input type="checkbox"/> 移転 <input type="checkbox"/> 法人化 <input type="checkbox"/> その他（ ）
残余 麻薬の 品名	品名	
	数量	
	備考	
麻薬の処置	<input type="checkbox"/> 麻薬営業者、麻薬診療施設の開設者又は麻薬研究施設の開設者に譲渡し、残余麻薬譲渡届を提出する予定 <input type="checkbox"/> 麻薬廃棄届を提出し、廃棄する予定 <input type="checkbox"/> 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。以下同口）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。

麻薬の品目及び数量について（所有ありと選択した場合は必須項目） 任意

10品目まで入力が可能です。
帳簿・実在庫等を確認し、入力漏れがないようにしてください。

品名
例) ○○錠10mg

数量
10錠

備考 任意

追加する

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 届 出 書

大分県知事 殿

住所
(個人にあっては、
またる事務所の所在地)

氏 名
(個人にあっては、本姓)

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 (個人にあっては、本姓)		
麻薬業務所	所在地		
	名 称		
業務(研究)の廃止または 免許の失効年月日		年 月 日	
届出の理由		<input type="checkbox"/> 業務廃止 <input type="checkbox"/> 移転 <input type="checkbox"/> 法人化 <input type="checkbox"/> その他 ()	
残 余 麻 薬 の 品 名	品 名	数 量	備 考
麻薬の処置	<input type="checkbox"/> 麻薬営業者、麻薬診療施設の開設者又は麻薬研究施設の開設者に譲渡し、残余麻薬譲渡届を提出する予定 <input type="checkbox"/> 麻薬廃棄届を提出し、廃棄する予定 <input type="checkbox"/> 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。以下同旨)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。

氏名（法人にあっては、名称）

[編集する](#)

葉太郎

麻薬業務所の住所

[編集する](#)

大分市

麻薬業務所の名称

[編集する](#)

葉務室

業務（研究）の廃止または免許の失効年月日

[編集する](#)

2022/03/03

届出の理由

[編集する](#)

移転

「その他」を選択した場合 任意

[編集する](#)

残余麻薬の品名及び数量

麻薬の所有について

[編集する](#)

所有なし

麻薬の品目及び数量について（所有ありと選択した場合は必須項目）

[追加する](#)

任意

[この内容で申請する](#)

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。

申請が完了しました

完了メールを登録頂いたメールアドレスに送信しました。また、申請内容は[こちら（申請詳細）](#)からご確認いただけます。

申請は終了です。
※残余麻薬譲渡届、麻薬廃棄届を提出する場合は、併せて申請が必要です。
なお、電子申請が可能です。