記載例

第３号様式（第３条関係）

年間麻薬受払届出書

令和８年10月１日

香川県知事　殿

薬局開設者の住所・氏名を記載してください。
（※麻薬小売業者免許証の住所、氏名に一致）

届出者　住　所　香川県高松市番町四丁目〇番△号
氏　名　株式会社香川県庁薬局　代表取締役　香川太郎
（法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

現在有効な免許番号は、
第６１×××号、第７１×××号又は第８１×××号です。

麻薬及[illegible]出ます。

薬局の所在地・名称を記載してください。

麻薬取扱者	免許の種類	麻薬小売業者・麻薬管理[illegible]薬施用者・麻薬研究者	麻薬業務所	所在地	高松市番町四丁目１番１０号
	免許番号	第６１０００号		名　称	香川県庁薬局番町店

麻薬の品名	前年の10月１日に所有（管理）した数量	受け入れた数量	払い出した数量	本年の９月30日に所有（管理）した数量	備　考
ＭＳコンチン錠30mg	２９７錠	４４９錠	３９８錠	３４８錠	
アンペック坐剤30mg	３０個	１００個	７７個	５３個	払出中２個は紛失（麻薬事故届提出済み）
デュロテップＭＴパッチ4.2mg	７枚	１８１枚	１７８枚	１０枚	払出中２０枚は麻薬廃棄届により廃棄
オキノーム散2.5mg	６０包	２１０包 ①（４０包）	２１３包 ②（２０包）	５７包	
（以下余白）					

麻薬小売業者間譲渡許可に基づいて、
①譲り受けた麻薬の数量の合計を受入数量欄に、
②譲り渡した麻薬の数量の合計を払出数量欄に、
それぞれ内数として（　）書きで記載してください。

払出数量中、麻薬廃棄届により廃棄した麻薬（廃棄済みのもの）及び事故のあった麻薬の数量を備考欄に記載してください。
（※調剤済麻薬廃棄届により廃棄した数量は記載する必要はありません。）

〇**届出書の控え**を必ず保存しておいてください。麻薬小売業者間譲渡許可申請等の際に、必要になる場合があります。
〇ファイルに入力し提出する場合は、様式中の備考１～５の項目を削除しても差し支えありません。
〇複数枚になる場合は、余白にページ数を振ってください。

記載例

第３号様式（第３条関係）

年間麻薬受払届出書

令和８年10月１日

香川県知事　殿

麻薬管理者（麻薬管理者がいない麻薬診療施設においては麻薬施用者）の住所、氏名を記載してください。
（※麻薬管理（施用）者免許証の住所、氏名に一致）

届出者　住　所　香川県高松市番町四丁目〇番△号
氏　名　香川　太郎
（法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

現在有効な免許番号は、
第６××××号、第７××××号又は第８××××号です。

麻薬及び向精神薬取締法第47条　第49条）の規定により届け出ます。

病院・診療所の所在地、名称を記載してください。

麻薬取扱者	免許の種類	麻薬小売業・麻薬管理者・麻薬施用者・麻薬研究者	麻薬業務所	所在地	高松市番町四丁目１番１０号
	免許番号	第６２０００号		名　称	香川県庁病院

麻薬の品名	前年の10月１日に所有（管理）した数量	受け入れた数量	払い出した数量	本年の９月30日に所有（管理）した数量	備　考
ＭＳコンチン錠30mg	２９７錠	４４９錠	３９８錠	３４８錠	払出中２０錠は麻薬廃棄届により廃棄
モルヒネ塩酸塩注射液10mg	３０Ａ	１００Ａ	７７Ａ	５３Ａ	払出中２Ａは破損（麻薬事故届提出済み）
デュロテップＭＴパッチ8.4mg	（ｉ）７枚	（ii）１８１枚 （iii）（１０枚）	（iv）１７８枚	（ｖ）２０枚	
ケタラール筋注用500mg	４Ｖ	５Ｖ	①　６Ｖ	３Ｖ	
ケタラール筋注用500mg		②　６０ｍＬ	５２ｍＬ	８ｍＬ	

バイアルを別口座に移して帳簿に記載している場合は、品名欄を分けて記載してください。この場合、単位を統一すると、（①＝②）となることを確認してください。
なお、ｍＬ単位のみで帳簿に記載している場合は、そのままｍＬ単位の記載のみで差し支えありません。

入院患者から譲り受け再利用する場合の麻薬の数量の合計を外数として（　）書きで記載してください。
（ｉ）＋（ii）＋（iii）－（iv）＝（ｖ）
となります。

払出数量中、麻薬廃棄届により廃棄した麻薬（廃棄済みのもの）及び事故のあった麻薬の数量を備考欄に記載してください。
（※調剤済麻薬廃棄届により廃棄した数量は記載する必要はありません。）

〇**届出書の控え**を必ず保存しておいてください。麻薬帳簿と在庫数量を確認する際に、必要になる場合があります。
〇ファイルに入力し提出する場合は、様式中の備考１～５の項目を削除しても差し支えありません。
〇複数枚になる場合は、余白にページ数を振ってください。

記載例

第３号様式（第３条関係）

年間麻薬受払届出書

令和８年10月１日

香川県知事　殿

麻薬研究者の住所、氏名を記載してください。
（※麻薬研究者免許証の住所、氏名に一致）

届出者　住　所　香川県高松市番町四丁目１番１０号
氏　名　香川　太郎
（法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

現在有効な免許番号は、
第６５×××号、第７５×××号又は第８５×××号です。

麻薬及び向精神薬取締法第47条　　第49条）の規定により届け出ます。

麻薬研究施設の所在地、名称を記載してください。

麻薬取扱者	免許の種類	麻薬小売業者・麻薬管理者・麻薬施用者・麻薬研究者	麻薬業務所	所在地	高松市番町四丁目１番１０号
	免許番号	第６５０００号		名　称	香川県庁研究所

麻薬の品名	前年の10月１日に所有（管理）した数量	受け入れた数量	払い出した数量	本年の９月30日に所有（管理）した数量	備　考
ＭＳコンチン錠30mg	２９７錠	４４９錠	３９８錠	３４８錠	払出中５０錠は麻薬廃棄届により廃棄
モルヒネ塩酸塩注射液10mg	３０Ａ	１００Ａ	７７Ａ	５３Ａ	払出中２Ａは破損（麻薬事故届提出済み）
デュロテップＭＴパッチ4.2mg	７枚	１８１枚	１７８枚	１０枚	
ケタラール筋注用500mg	４Ｖ	５Ｖ	①　６Ｖ	３Ｖ	
ケタラール筋注用500mg		②　６０ｍＬ	５２ｍＬ	８ｍＬ	

バイアルを別口座に移して帳簿に記載している場合は、品名欄を分けて記載してください。この場合、単位を統一すると、（①＝②）となることを確認してください。
なお、ｍＬ単位のみで帳簿に記載している場合は、そのままｍＬ単位の記載のみで差し支えありません。

払出数量中、麻薬廃棄届により廃棄した麻薬（廃棄済みのもの）及び事故のあった麻薬の数量を備考欄に記載してください。

○**届出書の控え**を必ず保存しておいてください。麻薬帳簿と在庫数量を確認する際に、必要になる場合があります。
○ファイルに入力し提出する場合は、様式中の備考１～５の項目を削除しても差し支えありません。
○複数枚になる場合は、余白にページ数を振ってください。