

麻薬年間届の電子申請の方法

麻薬年間届

入力状況

0%

鹿児島県の「麻薬年間届」のオンライン申請ページです。

内容

麻薬取扱者が麻薬の1年間（前年10月1日～本年9月30日まで）の受入、払出の数量を報告するものです。

報告対象

全ての麻薬業務所

※取扱いがない場合もその旨報告する必要があります。

根拠法令

麻薬及び向精神薬取締法第47条～第49条

様式

様式のダウンロードは [こちら](#) 

電子申請を始める前に準備するもの

- ・麻薬年間届（麻薬取扱いがない場合は不要）
- ・麻薬年間届訂正頼（訂正が無い場合は不要）
- ・遅延理由書（提出期限が経過している場合）

提出先

鹿児島市の麻薬業務所 →保健福祉部薬務課
鹿児島市外の麻薬業務所→それぞれ所轄の保健所

麻薬年間届の内容や
報告対象、根拠法令等、
提出先について記載しています。

Grafferアカウントを利用する方

ログインしていただく、申請書の一時保存や申請履歴の確認ができます。

新規登録またはログインして申請

または

Grafferアカウントを利用しない方

メールアドレスの確認のみで申請ができます。
一時保存や申請履歴の確認など一部機能は使えません。

ログインせずに申請

アカウント作成・未作成どちらでも
申請可能です。

※ 未作成の場合で申請すると、
申請履歴は残りません。

利用規約をご確認ください

[利用規約](#)  に同意して、申請に進んでください。

☐ 利用規約に同意する **必須**

申請に進む

利用規約をご確認の上、同意する場合は
「利用規約に同意する」にチェックを
入れ、申請に進んでください。

入力フォーム

申請者の情報

申請者の種別 必須☐ 個人☐ 法人

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

次へ進む

< 申請の概要等の確認に戻る

麻薬診療施設(病院・診療所・動物病院)・
麻薬研究施設・麻薬小売業者で開設者が
個人の場合

→「個人」を選択してください。

麻薬小売業者で開設者が法人の場合

→「法人」を選択してください。

個人を選んだ場合

入力フォーム

申請者の情報

申請者の種別 必須☒ 個人☐ 法人申請者名 必須郵便番号 必須

ハイフンなしの半角7桁で入力してください

郵便番号から住所を入力

① 「郵便番号から住所を入力」を押すと、住所の一部が自動入力されます。

申請者住所 必須

① 自動入力後、番地、マンション名、部屋番号など、住所の続きがあれば入力してください。

メールアドレス 自動入力

preview-demo@example.com



入力内容に不備があります。内容を確認してください。

次へ進む

< 申請の概要等の確認に戻る

入力フォームが出てくるので、
必要事項を入力してください。

法人を選んだ場合

麻薬年間届

入力状況 20%

入力フォーム

申請者の情報

申請者の種別 必須

☐ 個人

☒ 法人

法人を検索して自動入力する

申請法人名 必須

郵便番号 必須

ハイフンなしの半角7桁で入力してください

① 「郵便番号から住所を入力」を押すと、住所の一部が自動入力されます。

申請法人の住所 必須

① 自動入力後、番地、マンション名、部屋番号など、住所の続きがあれば入力してください。

法人代表者名 必須

メールアドレス 自動入力

preview-demo@example.com

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

入力フォームが出てくるので、
必要事項を入力してください。

次ページへ

入力内容

麻薬年間届

入力の状況

40%

入力フォーム

申請者の情報

麻薬業務所の名称 必須

麻薬免許証に記載されている麻薬業務所の名称を入力してください。

例) ○○病院、□□診療所、△△薬局

麻薬業務所の所在地 必須

免許証に記載されている麻薬業務所の所在地を入力してください。

例) 鹿児島市○○町○番○号

提出先選択 必須

麻薬業務所の所在地が鹿児島市→保健福祉部薬務課

麻薬業務所の所在地が鹿児島市以外→それぞれ所轄の保健所

選択してください

入力フォームが出てくるので、
必要事項を入力してください。
※ 麻薬取扱者免許証の記載
事項を参考に入力してください。

麻薬業務所の所在地を管轄する部署を
選択してください。

提出先選択 必須

麻薬業務所の所在地が鹿児島市→保健福祉部薬務課

麻薬業務所の所在地が鹿児島市以外→それぞれ所轄の保健所

選択してください

選択してください

保健福祉部薬務課

指宿保健所

加世田保健所

伊集院保健所

川麻保健所

出水保健所

姶良保健所

大口保健所

鹿屋保健所

志布志保健所

西之表保健所

阿久根保健所

免許の種類 必須

免許証に記載されている免許の種類を選択してください。病院、診療所等において、麻薬管理者がいる場合は「麻薬管理者」を選択してください。

☐ 麻薬管理者

☐ 麻薬施用者

☐ 麻薬小売業者

☐ 麻薬研究者

麻薬免許証の番号 必須

免許証左上に記載されている免許番号を入力してください。例) 08○○○○ 半角数字のみ

○○○○○○ (6桁)

氏名 必須

麻薬診療施設の場合は麻薬管理者(麻薬施用者1人の場合は施用者)の氏名を、麻薬研究者については麻薬研究者の氏名をそれぞれ入力してください。

入力フォームが出てくるので、
必要事項を入力してください。
※ 麻薬取扱者免許証の記載
事項を参考に入力してください。

麻薬受払状況 必須

いずれかを選択してください。

○麻薬の在庫がある場合・受払いがある場合：麻薬取扱いあり

○麻薬の取扱いがない場合：麻薬取扱いなし

☐ 麻薬取扱いあり

☐ 麻薬取扱いなし

麻薬の在庫・受払いがある場合
→ 「麻薬取扱いあり」を選択

麻薬の取扱いがない場合
→ 「麻薬取扱いなし」を選択

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

次へ進む

< 戻る

「麻薬取扱いあり」を選んだ場合

麻薬受払状況 必須

いずれかを選択してください。

☒ 麻薬の在庫がある場合・受払いがある場合：麻薬取扱いあり

☐ 麻薬の取扱いがない場合：麻薬取扱いなし。

麻薬年間届 必須

エクセル、pdf形式で添付してください。

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

作成した麻薬年間届のファイルを
アップロードしてください。
(Excel、PDF)

「麻薬取扱いなし」を選んだ場合

麻薬受払状況 必須

いずれかを選択してください。

☐ 麻薬の在庫がある場合・受払いがある場合：麻薬取扱いあり

☒ 麻薬の取扱いがない場合：麻薬取扱いなし。

次へ進んでください。

麻薬年間届

入力状況

60%

入力フォーム

遅延理由書

遅延理由書

提出期限が過ぎている場合は、遅延理由書（様式自由）を添付してください。

必要に応じて、遅延理由書を
添付してください。

麻薬年間届

入力状況 80%

入力フォーム

麻薬年間届訂正願

麻薬年間届訂正願 (任意)

過去に提出した麻薬年間届に訂正等がある場合は、麻薬年間届訂正願を添付してください。

 ファイルを選択...

次へ進む

< 戻る



必要に応じて、訂正願をアップロードしてください。

麻薬年間届

入力状況 100%

申請内容の確認

申請者の情報

申請者の種別 (必須) 

申請者名 (必須) 

郵便番号 (必須) 

申請者住所 (必須) 

メールアドレス (任意入力)

申請者の情報

麻薬業務所の名称 (必須) 

麻薬業務所の所在地 (必須) 

提出先選択 (必須) 

免許の種類 (必須) 

麻薬免許証の番号 (必須) 

氏名 (必須) 

麻薬受払状況 (必須) 

遅延理由書

遅延理由書 (任意) 

麻薬年間届訂正願

麻薬年間届訂正願 (任意) 

この内容で申請する



申請内容を確認し、必要に応じて編集してください。

問題がなければ申請してください。