

# オンラインでの麻薬取扱 者免許証再交付申請の 申請方法

## 申請先の保健所を選択する

主として診療に従事する麻薬業務所が所在する地域を管轄する保健所名をクリックしてください。

※大分市内に所在する麻薬業務所については、令和5年4月現在オンラインで麻薬取扱者免許証再交付申請をすることができません。お手数料をおかけしますが、従来どおり、書面による申請のみを受け付けますので、ご了承ください。

麻薬取扱者免許証再交付申請

保健所 (部)
大分市保健所 (現在電子申請を受け付けておりません)
東部保健所
東部保健所国東保健部
中部保健所
中部保健所由布保健部
南部保健所
豊肥保健所
西部保健所
北部保健所
北部保健所豊後高田保健部

保健所(保健部)名称	所在地 電話番号	所轄区域 (受付対象)
東部保健所	別府市大字鶴見字下田井14-1 0977-67-2511	別府市、杵築市、日出町
東部保健所 国東保健部	国東市国東町安国寺786-1 0978-72-1127	国東市、姫島村
中部保健所	臼杵市大字臼杵字洲崎72-34 0972-62-9171	臼杵市、津久見市
中部保健所 由布保健部	由布市庄内町柿原337-2 097-582-0660	由布市
南部保健所	佐伯市向島1-4-1 0972-22-0562	佐伯市
豊肥保健所	豊後大野市三重町市場934-2 0974-22-0162	豊後大野市、竹田市
西部保健所	日田市田島2-2-5 0973-23-3133	日田市、九重町、玖珠町
北部保健所	中津市中央町1-10-42 0979-22-2210	中津市、宇佐市
北部保健所 豊後高田保健部	豊後高田市是永町39 0978-22-3165	豊後高田市
大分県福祉保健部薬務室	〒870-8501 大分市大手町3丁目1番1号 大分県庁舎別館3F 097-506-2650	大分市

## 申請をはじめる

「ログインして申請に進む」もしくは「メールを認証して申請に進む」をクリックして申請をはじめてください。

### ☆麻薬取扱者免許証再交付申請

入力の状況

0%

大分県の「☆麻薬取扱者免許証再交付申請」のネット申請ページです。

☆麻薬取扱者免許証再交付申請とは

麻薬及び向精神薬取締法第10条第1項に基づく申請です。 ※手数料2,700円

ログインして申請に進む

ログインしていただくと、申請の一時保存ができるようになります。

OR

メールを認証して申請に進む

## 「ログインして申請に進む」を選択した場合

Google・LINEもしくはメールアドレス・パスワードを入力してログインしてください。

① [Grafferアカウントを新しく作成する](#)

①Grafferスマート申請を初めて利用される方はアカウント作成が必要となりますので、「Grafferアカウントを新しく作成する」をクリックしてください。

②姓・名・登録用メールアドレス・パスワードを入力してください。（登録いただいたメールアドレスあてに大分県から手数料納付依頼のメール等を送信します。）

③「Grafferアカウントを登録する」をクリックすると、仮登録が完了し、登録用メールアドレスあてに下記のメールが送信されますので、URLから本登録を完了してください。

③

Grafferのサービス利用アカウントの仮登録が完了しました。  
以下のURLをクリックすることでアカウントの本登録が完了します。

<https://sandbox-accounts.graffer.jp/activation/ac0d970d-e52c-4d09-8ccc1-b21c2138e42b>

引き続きサービスをご利用ください。

※本メールにお心当たりの無い方は、support【@】graffer.jp までご連絡いただけますと幸いです。

※本メールは自動送信です。このメールにご返信いただいてもお答えする事ができませんのでご了承ください。

株式会社 Graffer

<https://graffer.jp/>  
Copyright © Graffer, Inc.

## 「メールを認証して申請に進む」を選択した場合

ログインして申請に進む

ログインしていただくと、申請の一時保存ができるようになります。

OR

メールを認証して申請に進む

① 申請に利用するメールアドレスを入力してください 必須

example@example.com

確認メールを送信

①赤枠内にメールアドレスを入力してください。  
(入力したメールアドレスあてに大分県から手数料納付依頼メール等を送信します。)

②入力したメールアドレスあてに下記のメールが送信されますので、URLからメールアドレスの認証を完了してください。

②

メール認証をして申請を行うためのステップとして、ご入力いただいたメールアドレスが正しいことを確認する必要があります。以下のURLをクリックして、メールアドレスの認証を完了してください。

<https://sandbox-ttzk.graffer.jp/smart-apply/api/v1/auth/verify-email-token?token=18939caa-ccfb-4b2e-af0c-eb1924a816e4&redirectUrl=/pref-oita/smart-apply/apply-procedure/3303889933397476087/door>

▼ 認証の有効期限が過ぎた場合

確認用URLは 30 分間有効です。有効期限が過ぎた場合には、お手数ですが再度操作を行ってください。

※ 本メールは送信専用アドレスからお送りしています。ご返信いただいても受信できません。

※ 本システムは、株式会社グラファァーが運営しています。

※ ご不明点やご質問は、大分県にて受け付けています。大分県まで直接お問い合わせください。

▼ 送信者に関する情報

株式会社グラファァー

Copyright © Graffer, Inc.

## 申請に進む

利用規約を確認し、「利用規約に同意する」にチェックを入れ、「申請に進む」をクリックしてください。

### ☆麻薬取扱者免許証再交付申請

入力の状態

0%

大分県の「☆麻薬取扱者免許証再交付申請」のネット申請ページです。

☆麻薬取扱者免許証再交付申請とは

麻薬及び向精神薬取締法第10条第1項に基づく申請です。 ※手数料2,700円

利用規約に同意する  
[利用規約を読む](#) 

申請に進む

## 申請者の種別を選択する

申請者の種別を選択してください。

申請者が麻薬施用者、麻薬管理者、麻薬研究者の場合→「個人」を選択してください。

麻薬小売業者、麻薬卸売業者が個人の場合→「個人」を選択してください。

麻薬小売業者、麻薬卸売業者が法人の場合→「法人」を選択してください。

☆麻薬取扱者免許証再交付申請

入力状況

20%

### 申請者の情報

申請者の種別 必須

個人

法人

一時保存して、次へ進む

< 制度概要ページに戻る

# 申請者情報を入力する(個人)

☆麻薬取扱者免許証再交付申請

入力状況

20%

## 申請者の情報

申請者の種別 必須

個人

法人

① 麻薬取扱者氏名 必須

麻薬 太郎

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

0000000

住所を自動で入力

麻薬取扱者住所 必須

大分市〇〇

② 電話番号 必須

日中に連絡が取れる電話番号を入力してください

0000000

メールアドレス 必須

①申請者(麻薬取扱者)の氏名・住所を入力してください。

②申請内容について大分県から連絡等することがありますので、連絡の取れる電話番号を入力してください。  
※メールアドレスはGrafferログイン時のメールアドレスです。



# 申請者情報を入力する(法人)

## 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

①

麻薬取扱者氏名(法人にあつては、名称) 必須

株式会社 ○○薬局

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

0000000

住所を自動で入力

麻薬取扱者住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地) 必須

大分市○○

法人代表者の役職及び氏名 (例 代表取締役 大分 太郎) 必須

代表取締役 大分 太郎

②

電話番号 必須

日中に連絡が取れる電話番号を入力してください

000000

メールアドレス 必須

連絡担当者名 必須

申請内容に確認が必要な際、連絡することがあるため、担当者の氏名を入力してください

麻薬 花子

①法人の名称、法人の主たる事務所の所在地、法人代表者の役職及び氏名を入力してください。

②申請内容について大分県から連絡等することがありますので、申請担当者の電話番号及び氏名を入力してください。  
※メールアドレスはGrafferログイン時のメールアドレスです。

# 麻薬取扱者免許について①

## 麻薬取扱者免許について

①

### 免許種別 必須

麻薬取扱者免許の種別を下記から選択してください。

麻薬小売業者

麻薬管理者

麻薬施用者

麻薬研究者

麻薬卸売業者

①申請者の免許種別を選択してください。

②

### 麻薬取扱者免許番号 必須

麻薬取扱者免許番号を半角で入力してください。

00C0000

### 麻薬取扱者免許年月日 必須

麻薬取扱者免許年月日を入力してください。

令和〇年〇月〇日

### 麻薬業務所の所在地 必須

麻薬業務所の所在地を入力してください。（麻薬施用者の場合、主たる麻薬業務所の所在地を入力してください。）

### 麻薬業務所の名称 必須

麻薬業務所の名称を入力してください。（麻薬施用者の場合、主たる麻薬業務所の名称を入力してください。）

②申請者の麻薬取扱者免許番号、麻薬取扱者免許年月日、麻薬業務所の所在地、麻薬業務所の名称を入力してください。

※麻薬施用者は、主たる麻薬業務所の所在地、名称を入力してください。

## 麻薬取扱者免許について②

### 従たる麻薬業務所について（該当する麻薬施用者のみ入力） 任意

麻薬施用者で、「従として診療に従事する麻薬診療施設」がある場合は入力してください。

#### 従たる麻薬業務所について（該当する麻薬施用者のみ入力） # 1

##### 従たる麻薬業務所の所在地 任意

従たる麻薬業務所の所在地を入力してください。

##### 従たる麻薬業務所の名称 任意

従たる麻薬業務所の名称を入力してください。

追加する

#### 従たる麻薬業務所について（該当する麻薬施用者のみ入力） # 2

##### 従たる麻薬業務所の所在地 任意

従たる麻薬業務所の所在地を入力してください。

##### 従たる麻薬業務所の名称 任意

従たる麻薬業務所の名称を入力してください。

追加する

麻薬施用者で従たる麻薬業務所を登録している場合は、その麻薬業務所の所在地・名称を入力してください。

※従たる施設は4施設まで入力可能です。  
5施設以降の登録を希望する場合は、備考欄にその麻薬業務所の所在地・名称を入力してください。

# 申請者情報を入力する①

## 申請者について

申請者 必須

申請者 # 1

① 申請免許種別 必須

申請免許種別を下記から選択してください。

麻薬施用者

麻薬管理者

② 免許申請者氏名 必須

申請者の氏名を全角で入力してください。※姓と名の間は全角で1字空けること。(例 大分 太郎)

麻薬 次郎

免許申請者住所 必須

申請者の住所を全角で入力してください。※数字も含めて全て全角で入力してください。(例 大分市大手町3丁目1番1号)

大分市〇〇

③ 資格種別 必須

該当する資格種別を選択してください。

医師

資格の免許番号 必須

医師免許証、歯科医師免許証、獣医師免許証、薬剤師免許証に記載されている免許番号を入力してください。

999999999

資格の免許年月日 必須

医師免許証、歯科医師免許証、獣医師免許証、薬剤師免許証に記載されている免許年月日(和暦)を入力してください。(例 令和〇年〇月〇日)

令和〇年〇月〇日

①申請者の免許種別を選択してください。  
※麻薬管理者は1つの麻薬業務所につき1名しか在籍できません。

②免許申請者の氏名・住所を入力してください。

③免許申請者の資格種別・資格の免許番号・資格の免許年月日を入力してください。

## 申請者情報を入力する②

従たる麻薬業務所①の名称（登録を希望する麻薬施用者のみ入力）

任意

従として診療に従事しようとする麻薬診療施設の名称を全角で入力してください。

従たる麻薬業務所①の所在地（登録を希望する麻薬施用者のみ入力）

任意

従として診療に従事しようとする麻薬診療施設の所在地を全角で入力してください。※数字を含めて全て全角で入力すること。

従たる麻薬業務所②の名称（登録を希望する麻薬施用者のみ入力）

任意

従として診療に従事しようとする麻薬診療施設の名称を全角で入力してください。

従たる麻薬業務所②の所在地（登録を希望する麻薬施用者のみ入力）

任意

従として診療に従事しようとする麻薬診療施設の所在地を全角で入力してください。※数字を含めて全て全角で入力すること。

従たる麻薬業務所③の名称（登録を希望する麻薬施用者のみ入力）

任意

従として診療に従事しようとする麻薬診療施設の名称を全角で入力してください。

従たる麻薬業務所③の所在地（登録を希望する麻薬施用者のみ入力）

任意

従として診療に従事しようとする麻薬診療施設の所在地を全角で入力してください。※数字を含めて全て全角で入力すること。

従として診療に従事する麻薬業務所（従たる麻薬業務所）の登録を希望する場合は、その名称・所在地を入力してください。

※入力する際には、当該業務所に麻薬管理者が置かれていることを必ず確認してください。不在の場合は登録できません。

## 申請者情報を入力する③

① 再交付の事由 **必須**  
再交付の事由が、「麻薬取扱者免許証の紛失」であることを確認してください。（再交付の事由が「麻薬取扱者免許証のき損」の場合、電子申請することができません。）

麻薬取扱者免許証の紛失

② 再交付の事由が生じた年月日 **必須**  
再交付の事由が生じた年月日（例：麻薬取扱者免許証の紛失に気づいた年月日）を入力してください。

令和〇年〇月〇日

③ 「再交付の事由が生じた年月日」から15日以内に申請入力しているか **必須**  
「再交付の事由が生じた年月日から15日以内に申請入力しているか下記から選択してください。※15日を超過している場合は、「遅延理由」を記載いただきます。

再交付の事由が生じてから15日以内に申請入力している。

再交付の事由が生じてから15日を超過している。

④ 再交付申請の遅延理由 **必須**  
再交付申請が遅延した理由を記載してください。（例：業務多忙、失念）

①再交付の事由が「麻薬取扱者免許証の紛失」であることを確認してクリックしてください。（※再交付申請事由が免許証のき損等の場合、電子申請することができません。）

②再交付の事由が生じた年月日（免許証の紛失に気づいた年月日等）を入力してください。

③「再交付の事由が生じた年月日」から15日以内に申請入力しているか否かについて、選択してください。

④上記③で「再交付の事由が生じてから15日を超過している。」を選択した場合、申請が遅延した理由を記載例に従って記載してください。

## 手数料の支払い方法を選択する

手数料のお支払い方法を選択してください。(再交付申請手数料2,700円です)。

### 手数料の支払い方法

#### 手数料のお支払い方法 2/3

麻薬取扱者免許証再交付申請手数料（2,700円）のお支払い方法を下記から選択してください。

クレジットカードで支払う。

コンビニで支払う。



## その他

その他備考・添付書類等がありましたら記載してください。

### その他

#### 備考 任意

その他連絡事項等がありましたら、こちらに入力してください。

#### その他添付書類 任意

その他添付書類がありましたら、こちらに添付してください。

追加する



# 申請内容の確認し、申請を完了する。

## 申請内容の確認

### 申請者の情報

申請者の種別 必須

[編集する](#)

法人

麻薬取扱者氏名（法人にあつては、名称） 必須

[編集する](#)

株式会社 ○○薬局

郵便番号 必須

[編集する](#)

0000000

麻薬取扱者住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 必須

[編集する](#)

大分市○○

法人代表者の役職及び氏名（例 代表取締役 大分 太郎） 必須

[編集する](#)

代表取締役 大分 太郎

電話番号 必須

[編集する](#)

000000

メールアドレス

連絡担当者名 必須

[編集する](#)

麻薬 花子

### 麻薬取扱者免許について

免許種別 必須

[編集する](#)

麻薬小売業者

申請内容について、誤りが無いか再度確認してください。修正する場合は、「編集する」をクリックしてください。

申請内容の確認後、「この内容で申請する」ボタンを押してください。申請内容が大分県に送信されます。※大分県職員が申請確認後、手数料納付依頼を登録メールアドレスあてに送信しますので、手数料の納付手続きをお願いします。

この内容で申請する