

オンラインでの麻薬施用者 及び麻薬管理者免許（継続） 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施用者及び麻薬管理者免許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。

(継続) 麻薬施用者及び麻薬管理者免許申請 (継続)

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。

◎ 麻薬施用者及び麻薬管理者免許申請（継続）

入力の状況

0%

大分県の「◎麻薬施用者及び麻薬管理者免許申請（継続）」のネット申請ページです。

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。

②

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

◎ 麻薬施用者及び麻薬管理者免許申請（継続）

入力状況

0%

大分県の「◎麻薬施用者及び麻薬管理者免許申請（継続）」のネット申請ページです。

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。

◎麻薬施用者及び麻薬管理者免許申請（継続）

入力の状況

0%

大分県の「◎麻薬施用者及び麻薬管理者免許申請（継続）」のネット申請ページです。

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

一度の申請に最大20名まで麻薬取扱者免許証の申請が可能です※。

申請者数が1名のみ→「個人」を選択してください。

申請者数が2名以上→「団体」を選択してください。

※複数人分を一度に申請する場合は、主として診療に従事する麻薬業務所は全員同じでなければなりません。主として診療に従事する麻薬業務所が異なる場合は同時申請できません。

◎麻薬施用者及び麻薬管理者免許申請（継続）

入力状況

15%

申請者の情報

申請者の種別 必須

個人

団体

一時保存して、次へ進む

< 制度概要ページに戻る

主として診療に従事する麻薬業務所に関する情報等を入力する

◎麻薬施用者及び麻薬管理者免許申請（継続）

入力状況

15%

申請者の情報

申請者の種別 必須

個人

団体

① 主たる麻薬業務所名 必須

〇〇病院

主たる麻薬業務所の郵便番号 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

主たる麻薬業務所の所在地 必須

別府市〇〇

② 担当電話番号 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

担当メールアドレス 必須

連絡担当者名 必須

申請内容に確認が必要な際に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

別府太郎

①主として診療に従事する麻薬業務所（主たる麻薬業務所）の名称・所在地について入力してください。

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。
※担当メールアドレスはGrafferログイン時のメールアドレスです。

診療施設開設者名を入力する

診療施設の開設者名を入力してください。

開設者が個人の場合の例→院長 別府 太郎

開設者が法人の場合の例→医療法人〇〇会 理事長 別府 太郎

◎麻薬施用者及び麻薬管理者免許申請（継続）

入力状況

29%

診療施設開設者名

診療施設開設者名 必須

診療施設開設者名について記入例に従い入力してください。（開設者が個人の場合→ 院長 大分 太郎）（開設者が法人の場合→ 医療法人〇〇会 〇〇長 大分 太郎）

一時保存して、次へ進む

< 戻る

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

現在の麻薬取扱者免許番号 必須

現在の麻薬取扱者免許番号を半角で入力してください。

5C0000 

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と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免許申請者の現在の麻薬取扱者免許証番号・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

法第51条第1項により免許を取り消されたこと。 **必須**

申請者が上記に該当するか否か、下記から選択してください。※「有り」を選択した場合、下記の備考欄にその詳細について記載してください。

無し

有り

罰金以上の刑に処せられたこと。 **必須**

申請者が上記に該当するか否か、下記から選択してください。※「有り」を選択した場合、下記の備考欄にその詳細について記載してください。

無し

有り

医事又は薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと。

必須

申請者が上記に該当するか否か、下記から選択してください。※「有り」を選択した場合、下記の備考欄にその詳細について記載してください。

無し

有り

申請者の欠格事項の有無を選択してください。

※「有り」の場合は、その詳細を次スライドの備考欄に入力してください。

申請者情報を入力する④

備考欄 詳細

従たる施設として4施設以上登録する場合は、こちらに4施設目以降の施設名・所在地を入力してください。※記載例（従たる施設④の名称○○診療所 従たる施設④の所在地○○市○○町○○）

従たる施設④の名称：○○クリニック
従たる施設④の所在地：佐伯市○○

入力した内容をコピーして追加する

新規追加する

あと19件まで追加できます

備考欄

従たる麻薬業務所を4施設目以上登録する場合は、4施設目以降の名称・所在地を入力してください。

欠格事項に該当有りの場合はこちらの備考欄にその詳細を入力してください。

免許証郵送先について、申請者個人の住所を希望する場合は、その旨を備考欄に入力してください。

その他備考がある場合も入力してください。

申請者を追加する場合は、「入力した内容をコピーして追加する」もしくは「新規追加する」をクリックすることで追加できます。

添付書類について

添付書類

必須

1

診断書の写し 必須

①「精神機能の障害」②「麻薬中毒又は覚醒剤の中毒」に関する医師の診断書の写しをPDFファイル等で添付してください。※診断書の原本は紛失しないよう保管しておくこと。診断日が概ね1ヶ月以内であるものを添付すること。

 ファイルを選択...

追加する

あと2件まで追加できます

その他添付書類 任意

その他添付書類 # 1

その他添付書類 任意

その他添付書類がある場合は、添付してください。

 ファイルを選択...

追加する

あと2件まで追加できます

一時保存して、次へ進む

< 戻る

診断書の写し

申請者全員分の診断書の写しをPDFファイル等の形式で添付してください(診断日が申請入力時から概ね1ヶ月以内のもの)。

※最大添付可能ファイル数:3ファイル

※1ファイルあたりの容量:最大10メガバイト

※添付可能ファイル数に限りがありますので、申請者数が多くなる場合は、複数人の診断書を1つのPDFファイル等にまとめることをおすすめします。

※診断書原本は麻薬取扱者免許証の有効期間満了時(最大3年間)まで保管してください。

※診断日が概ね1ヶ月以内であるものを添付してください。

※その他添付書類等がある場合は「その他添付書類」に添付してください。

申請者数及び手数料の合計を確認し、手数料の支払い方法を選択する

麻薬施用者&麻薬管理者免許申請手数料及び支払い方法

麻薬施用者免許申請者数 必須 自動計算

麻薬施用者免許申請者数をご確認ください。

3

麻薬管理者免許申請者数 必須 自動計算

麻薬管理者免許は1人まで申請できます。※2人以上は不可

1

手数料（全申請者合計） 必須 自動計算

手数料をご確認ください。

15600

例：申請者数(3+1人) × 3,900円=15,600円

麻薬施用者免許及び麻薬管理者免許申請手数料の支払い方法 必須

麻薬施用者免許及び麻薬管理者申請手数料の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

コンビニにて支払う

麻薬施用者免許申請者数及び麻薬管理者免許申請者数に誤りがないか確認してください。

手数料の合計金額に間違いがないか確認してください(申請者1名あたり3,900円です)。

手数料の支払い方法を選択してください。

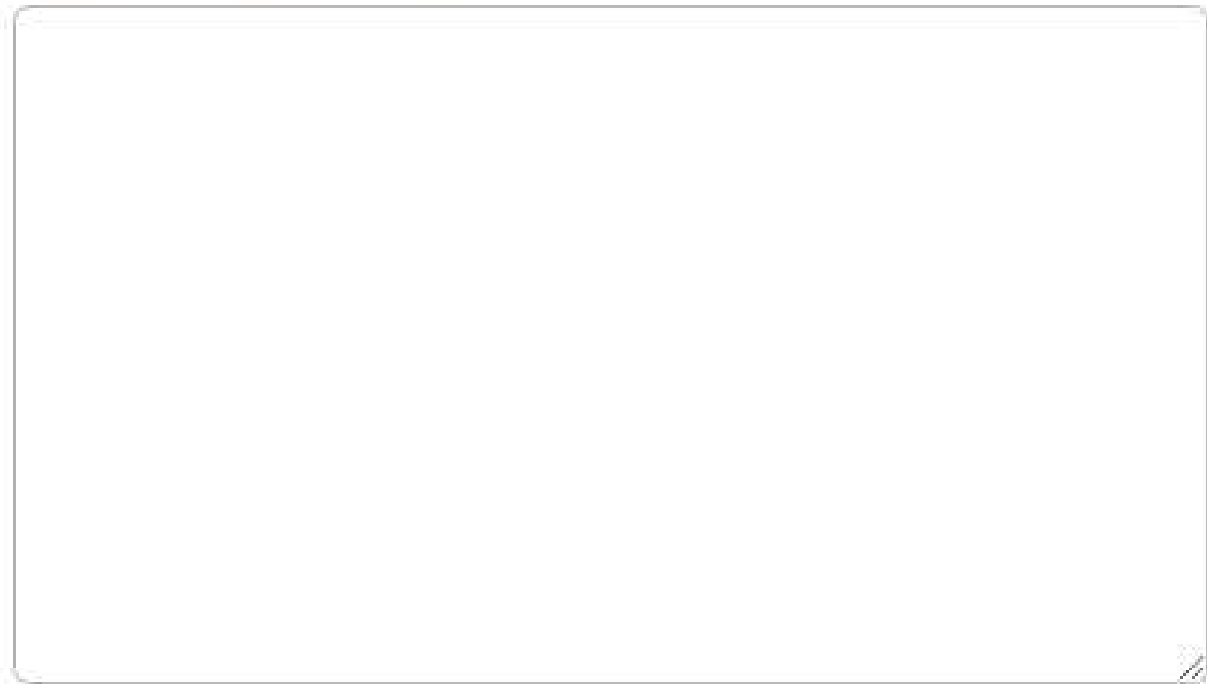
備考

その他備考等がありましたら記載してください。

備考

備考欄 印刷

備考等がありましたら記載してください。

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for writing additional notes or comments. The box is currently blank.

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 <small>必須</small>	編集する
個人	
主たる麻薬業務所名 <small>必須</small>	編集する
あ	
主たる麻薬業務所の郵便番号 <small>必須</small>	編集する
8708501	
主たる麻薬業務所の所在地 <small>必須</small>	編集する
大分県大分市大手町	
電話番号 <small>必須</small>	編集する
あ	
メールアドレス	

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。

診療施設開設者名

診療施設開設者名 <small>必須</small>	編集する
ああ	

申請者について

申請者 <small>必須</small>	
申請者 # 1	
申請免許種別 <small>必須</small>	編集する
麻薬施用者	

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