

各 麻 薬 小 売 業 者  
各 麻 薬 診 療 施 設 の 長      様  
各 麻 薬 研 究 者

旭 川 市 保 健 所 長   山 口   亮  
( 医 務 薬 務 課 担 当 )

令 和 8 年 分 麻 薬 年 間 受 渡 届 に つ い て

本市の薬事行政につきましては、日頃から格別の御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第47条、第48条及び第49条に基づくこのことについて、別紙「麻薬年間受渡届記入上の留意点」及び記入例を参照の上、期日までに本所宛てに提出願います。

1    提出期限

令和8年11月30日（月）

2    届様式について

届出様式は、本市のホームページ（ホーム＞事業者向け＞健康・福祉・子育て・学校＞医療機関・薬局等＞申請・届出＞令和8年分麻薬年間受渡届について <https://www.city.asahikawa.hokkaido.jp/500/548/iryoukikanyakkyoku/sinseitodokede/d067479.html>）から電子媒体をダウンロードできますので、作成の際に御使用ください。

（「旭川市 麻薬」のキーワードで検索すると上位に表示されます。）

作成した麻薬年間受渡届の控えを貴所（届出者）にて、必ず保管してください。

3    提出方法等

(1) 電子メールで提出する場合

次の提出先に、電子媒体で作成した麻薬年間受渡届を送信してください。

また、電子メールの件名及び電子媒体のファイル名は次のように入力して、送付いただきますよう併せてお願いします。

〈電子メールの件名及び電子媒体のファイル名〉

【〇〇〇〇】令和8年分麻薬年間受渡届

↑〇〇〇〇に麻薬業務所名称を入力すること。

《電子メールで提出する場合の提出先》

旭川市保健所 医務薬務課提出専用メールアドレス  
[yakuji@city.asahikawa.hokkaido.jp](mailto:yakuji@city.asahikawa.hokkaido.jp)

(2) 郵送又は持参にて提出する場合

《提出先》

〒070-8525

旭川市7条通9丁目48番地（旭川市総合庁舎4階）

旭川市保健所 医務薬務課

担当：医務薬務課 舘田

電話：0166-26-1111（内線 2946）