

麻薬（卸売業・小売業）者役員変更届

麻薬免許の番号、有効期間の始期を各欄に記入してください。

免許証の番号		第〇〇〇〇〇号	免許年月日	令和〇年〇月〇日
麻薬業務所	所在地	※免許証に記載の業務所所在地を記入してください		
	名称	※免許証に記載の業務所名称を記入してください		
変更年月日		令和 〇年 〇月 〇日		
変更前		代表取締役	□□	□□
		取締役	〇〇	〇〇
変更後		代表取締役	□□	□□
		取締役	△△	△△
変更後の業務を行う役員 の欠格条項	(1)法第51条第1項の規定により 免許を取り消されたこと。	全員なし		
	(2)罰金以上の刑に処せられたこと。	全員なし		
	(3)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。	全員なし		
備考				

上記のとおり、業務を行う役員に変更を生じたので届け出ます。

令和 〇年 〇月 〇日

住所 〔法人にあっては、主たる事務所の所在地〕 ※免許証記載の麻薬卸売（小売）業者の住所を記載してください

氏名 〔法人にあっては、名称〕 ※免許証記載の麻薬卸売（小売）業者の名称を記載してください

福岡県知事 殿

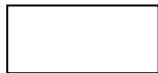
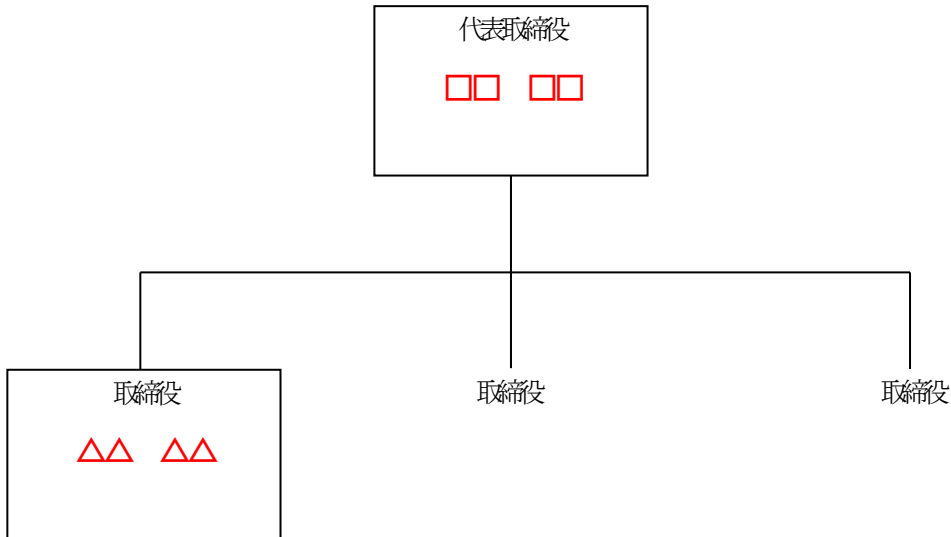
診 断 書

氏 名			
生 年 月 日	年 月 日	年 齢	歳
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。 (各項目について該当する□欄にチェック☑を付けてください。)</p> <p>1 精神機能 精神機能の障害</p> <p><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p>「専門家による判断が必要」に該当する場合は、診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況を記載すること（できるだけ具体的に。詳細については別紙も可）</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 麻薬中毒又は覚せい剤の中毒</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>			
診断年月日	年 月 日		
医 師	病院 診療所又は介護老人保健施設等	名 称	※ 診断した医療機関の名称を記入してください
		所 在 地	※ 診断した医療機関の所在地を記入してください
		電話番号	※ 診断した医療機関の電話番号を記入してください
		氏 名	※ 診断した医師の氏名を記入してください
			印

診断医師の個人印です

※会社で作成している組織規定図・業務分掌表があれば、それを用いても差し支えありません。

組織規定図



内が麻薬及び向精神薬取締法の免許にかかる業務を行う役員である。

法務等誤りがないよう確認してください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

主たる事務所の
所在地 北九州市小倉北区～～

法人の名称及び
代表者の氏名 株式会社○○○○
代表取締役□□ □□