

麻 薬 営 業 者 法 人 役 員 変 更 届

麻 薬 営 業 者 の 種 類		麻 薬 業 者	免 許 番 号	第 号
麻 薬 業 務 所		所 在 地		
		名 称		
変 更 内 容	役 員 氏 名		変 更 前	変 更 後
法第 3 条第 3 項第 1 号 から 4 号の該当の有無				
変 更 年 月 日		年 月 日		
備 考				
<p>上記のとおり、法人役員が変更になったので届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)</p> <p>氏 名 (法人にあつては、名称)</p> <p>山形県知事 殿</p>				

担当者氏名_____

(注意)

連絡先TEL_____

1 用紙の大きさは、A4 とすること。

【麻薬及び向精神薬取締法に基づく免許申請用】

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日		年 令		
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神障がい（該当する欄（<input type="checkbox"/>）にチェック印（<input checked="" type="checkbox"/>）を付けてください。） 精神機能の障がい <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な場合において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（できるだけ具体的に。詳細については別紙も可）（注1）</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒（上記1に同じ） <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 等の名称			
	所 在 地	TEL (注2)		
	氏 名			

(注1)精神機能の障がい程度・内容により、許可（登録、免許、指定、届出）された業務を行うにあたって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができるかを専門家の意見を聞いて判断しますので、具体的にお書きください。

(注2)必要に応じて、診断書を作成した医師から精神機能の障がいの程度・内容をお聞きする場合がありますので、電話番号は必ず記載してください。