

麻 薬

業 者 法 人 役 員 変 更 届

免 許 の 番 号		第 号	免 許 年 月 日	年 月 日
麻 薬 業 務 所		所 在 地		
		名 称		
変 更 年 月 日		年 月 日		
変 更 前				
変 更 後				
欠 格 条 項 変 更 後 の 業 務 を 行 っ た 役 員 の	(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。			
	(2)罰金以上の刑に処せられたこと。			
	(3)薬事若しくは医事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと。			
	(4)暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第6号に規定する暴力団員又は同号に規定する暴力団員であつたこと。			
備 考				
上記のとおり、業務を行う役員に変更が生じたので届け出ます。				
年 月 日				
住 所 (法人又は団体の主たる事務所の所在地)				
氏 名 (法人又は団体の名称)				
山形県知事 殿				

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 変更前と変更後の欄には、業務を行う役員全員を記載すること。
- 3 欠格条項の(1)欄から(4)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、当該事実があるときは、(1)欄にあってはその理由及び年月日を、(2)欄にあってはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(3)欄にあってはその事実及び年月日を、(4)欄にあってはその事実があった年月日を記載すること。

担当者氏名 _____

連絡先 TEL _____

【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（□）にチェック印（☑）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、あへん又は覚醒剤の中毒（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。