

麻薬（卸売業・小売業）者役員変更届

免許の番号		第〇〇〇〇〇〇号	免許年月日	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		〇年 〇月 〇日		
変更前		代表取締役 太宰府 一郎 取締役 福岡 次郎		
変更後		代表取締役 太宰府 一郎 取締役 県庁 三郎		
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)	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。	全員なし	
	(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 る暴力団員であったこと。	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。				
〇年 〇月 〇日				
住所（法人又は団体の主たる事務所の所在地） ※免許証記載の法人の住所を記載してください				
氏名（法人又は団体の名称） ※免許証記載の法人の名称を記載してください				
福岡県知事		殿	法人の名称のみでなく、代表者の肩書 と代表者氏名も記載してください。	

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 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。

診 断 書

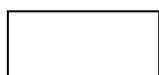
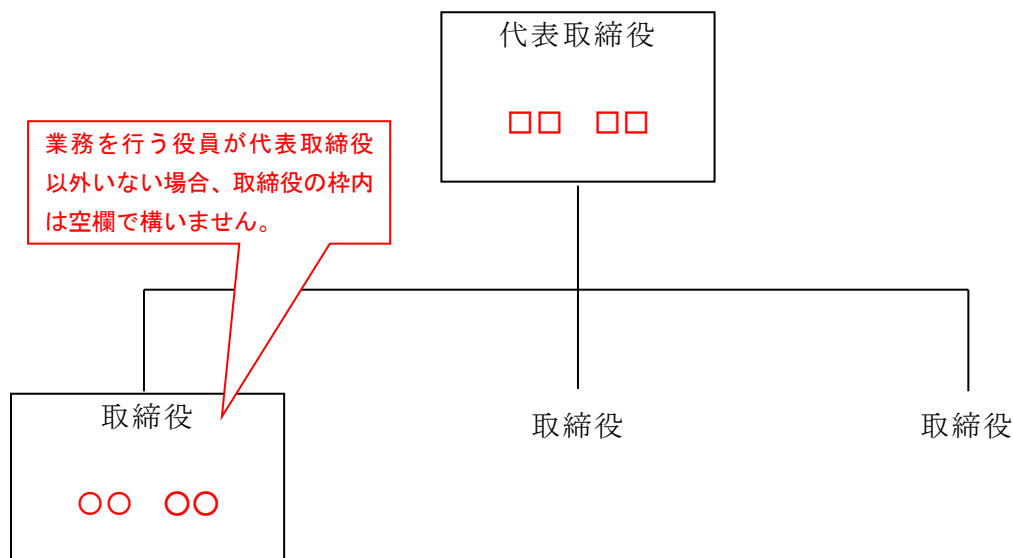
氏 名	〇〇 〇〇		
生 年 月 日	〇年 〇月 〇日	年 齢	〇〇歳
上記の者について、下記のとおり診断します。 1 精神機能 精神機能の障害 ☒ 明らかに該当なし ☐ 専門家による判断が必要 「専門家による判断が必要」に該当する場合は、診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況を記載すること（できるだけ具体的に。詳細については別紙も可） _____ _____ 2 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒 ☒ なし ☐ あり			
診 断 年 月 日	〇年 〇月 〇日		
医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等	名 称	※診断した医療機関の名称、所在地、電話番号を記入してください（ゴム印も可）。
		所 在 地	
		電話番号	
	氏 名		※診断した医師の氏名を記入してください 印

医師の署名もしくは記名・押印が必要です。

診断医師の個人印です。
氏名が直筆（署名）である場合、押印を省略可。

※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。

上記のとおり相違ないことを証明します。

○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 □□ □□