

向精神薬取扱責任者設置（変更）届

免 許 証 の 番 号		第	号	免 許 年 月 日	年	月	日
免 許 の 種 類							
向 精 神 薬 営 業 所	所在地						
	名 称						
向 精 神 薬 取 扱 責 任 者	住 所						
	氏 名						
向 精 神 薬 取 扱 責 任 者 の 資 格	薬剤師免許証の免許番号	第		号			
	その他						
設置（変更）した年月日		年	月	日	備 考		
上記により、向精神薬取扱責任者を設置（変更）したので届け出ます。 年 月 日 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） 氏名（法人にあっては、名称） 福岡県知事 殿							

- (注意)
- 1 用紙の大きさは、A 4 とすること。
 - 2 向精神薬取扱責任者の資格の欄には、薬剤師である場合は薬剤師の免許の登録番号を記載し、薬剤師以外の者である場合は、麻薬及び向精神薬取締法施行令第 6 条各号に掲げる者のいずれに該当するかを記載し、履歴書を添付すること。
 - 3 変更届の場合は、備考欄に変更前の向精神薬取扱責任者の氏名を記載すること。