

向 精 神 薬 取 扱 責 任 者 設 置 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		
	そ の 他		
設 置 し た 年 月 日		備 考	
<p>上記のとおり、向精神薬取扱責任者を設置したので届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 <small>〔法人にあっては主たる事務所の所在地〕</small></p> <p>氏 名 <small>〔法人にあっては名称〕</small></p> <p>神 奈 川 県 知 事 殿</p>			

（注意）

- 1 用紙の大きさは、A4 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証の登録番号を記載し、薬剤師以外のものである場合は、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。