

薬生監麻発 0329 第 2 号  
平成 31 年 3 月 29 日

各都道府県薬務主管部（局）長 殿

厚生労働省医薬・生活衛生局監視指導・麻薬対策課長  
（ 公 印 省 略 ）

### 麻薬小売業者の役員の変更届出書等について

医薬行政の推進につきましては、平素より格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。

麻薬及び向精神薬取締法（昭和 28 年 3 月 17 日法律第 14 号。以下「法」という。）第 2 条第 8 号に規定する麻薬取扱者が法人又は団体である場合、その業務を行う役員（以下「役員」という。）に変更があった場合は、変更内容に係る届出書（以下「変更届出書」という。）及び変更により新たに追加された役員の診断書を提出するよう指導することを依頼してきたところです（平成 21 年 3 月厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課作成「麻薬等関係質疑応答集」Q48）。

今般、「規制改革実施計画」（平成 30 年 6 月 15 日閣議決定）において、法に基づき免許を受けている麻薬小売業者の役員の変更届出書については、厚生労働省において標準様式を作成し地方自治体に通知すること等の措置を講ずることが盛り込まれました。

これを踏まえ、麻薬小売業者の役員の変更届出書に係る標準様式、変更届出書に併せて提出する役員の診断書に係る標準様式について、下記のとおりとりまとめましたので、これらの内容について御了知の上、貴管下麻薬小売業者に対する周知徹底及び指導について、遺漏なきよう適切な対応をお願いいたします。

なお、本通知は地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項に基づく技術的助言であることを申し添えます。

### 記

#### 1. 麻薬小売業者の業務を行う役員の変更届出書について

法人又は団体である麻薬小売業者において、その業務を行う役員の変更があった場合に、麻薬小売業者に対して変更届出書の提出を求めている地

方自治体にあつては、変更届出書の様式は別紙 1 の標準様式によることとされたい。

なお、地方自治体において、別途、変更届出書の様式を定めている場合は、当該様式の使用を妨げるものではないが、麻薬小売業者から別紙 1 の標準様式による届出があつた場合は可能な限り受け入れられたい。

さらに、今後、麻薬及び向精神薬取締法施行規則（昭和 28 年 4 月 18 日厚生省令第 14 号）において、別紙 1 の標準様式を規定する方針であることを申し添える。

## 2. 変更後の役員（新たに追加された者に限る。）の診断書について

上記 1 の変更届出書に併せて提出する変更後の役員（新たに追加された者に限る。）の診断書については、別紙 2 の標準様式によることとされたい。

なお、地方自治体において、別途、診断書の様式を定めている場合は、当該様式の使用を妨げるものではないが、麻薬小売業者から別紙 2 の標準様式による提出があつた場合は可能な限り受け入れられたい。

以上

## 麻薬小売業者役員変更届

免許証の番号		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				
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。		
		(2)罰金以上の刑に処せら れたこと。		
		(3)医事又は薬事に関する 法令又はこれに基づく処 分に違反したこと。		
		(4)後見開始の審判を受け ていること。		
備 考				
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 ( 法人にあって は、主たる事 務所の所在地 )</p> <p>氏 名 ( 法人にあって は、名称 )</p> <p>都道府県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">印</p>				

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格 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)欄にあつてはその理由及び年月日を、(2)欄にあつてはその罪、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)欄にあつてはその事実及び年月日を、(4)欄にあつては「ある」と記載すること。

## 診 断 書

氏 名				性 別	男	女
生 年 月 日	年	月	日	年 齡	歳	
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。  (各項目について該当する□欄にチェック☑を付けてください。)</p> <p>1 精神機能  精神機能の障害  <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  「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)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 麻薬中毒又は覚せい剤の中毒  <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	名 称				
		所 在 地				
		電 話 番 号				
	氏 名	Ⓜ				