

毒物劇物取扱責任者設置届

業 務 の 種 別	一般販売業 ・ 農薬用品目販売業 ・ 特定品目販売業		
登 録 番 号 及 び 登 録 年 月 日	第	号	年 月 日
営業所、店 舗、事業場	所 在 地		
	名 称		
毒物劇物取 扱 責 任 者	氏 名		
	住 所		
	資 格	(毒物劇物取締法第8条第1項) 第1号 薬剤師 第2号 厚生省令で定める学校で、応用化学に関する学課を修了した者 第3号 都道府県知事が行う毒物劇物取扱試験に合格した者 〔合格区分：一 般 ・ 農薬用品目 ・ 特定品目〕	
備 考			

上記により、毒物劇物取扱責任者の設置の届出をします。

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
称及び代表者の氏名)

山形県 保健所長 殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 業務の種類別には、毒物又は劇物の一般販売業、農薬用品目販売業若しくは特定品目販売業又は業務上取扱者の別を記載すること。
- 4 業務上取扱者にあっては、登録番号及び登録年月日欄に業務上取扱者の届出をした年月日を記載すること。

診 断 書

氏 名		性 別	男 女
生年月日	大正 昭和 平成 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。</p> <p>1 精神機能の障がい (□にチェックしてください。)</p> <p><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p><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記載してください。)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒 (□にチェックしてください。)</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり</p>			
診断年月日	年 月 日	※詳細については別紙も可	
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	
	氏 名		

別記様式 12

年 月 日

保健所長 殿

住 所

氏 名

宣 誓 書

私は、毒物及び劇物取締法第8条第2項第4号に該当しないことを誓います。

使用関係（勤務内容）証明書

年 月 日

使用者	住所又は所在地	
	氏名及び代表者	
被使用者 (勤務者)	住 所	
	氏 名	

被使用者（勤務者）は、次のとおりの勤務内容であることを証明します。

勤務場所の名称	所在地	週当たり勤務時間数
週当たりの勤務時間数の合計		

※ 週当たりの勤務時間数を決めていない場合は、「不定期」と記入すること。

※ 週当たりの勤務時間数の合計は、雇用契約等の勤務時間を超えないこと。なお、「不定期」については、勤務時間数に積算しないこと。

※ 欄が不足する場合は、別紙に記載すること。