

毒物劇物取扱責任者設置届

業 務 の 種 類	販売業	新規登録申請と同時に届出を行う場合には「登録番号及び登録年月日」の欄は空欄としてください。業務上取扱者届と同時に届出を行う場合には、届出をした年月日を記載してください。
登 録 番 号 及 び 登 録 年 月 日	第 号 年 月〇〇日	
製 造 所 (営 業 所 、 店 舗 、 事 業 場) の 所 在 地 及 び 名 称	市 町 株式会社 支店	第1号：薬剤師 第2号：厚生労働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：毒物劇物取扱者試験に合格した者 なお、第3号に該当する場合には、一般毒物劇物取扱者試験、農業用品目毒物劇物取扱者試験又は特定品目毒物劇物取扱者試験のいずれかに合格した者であるかを併記してください。
毒物劇物取扱責任者の 住 所 及 び 氏 名	××市××町×××	
毒物劇物取扱責任者の 資 格	法第8条第1項第3号 一般毒物劇物取扱者試験合格者	
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) 市 町

氏 名 (法人にあっては、その名称及び代表者の氏名) 株式会社 代表取締役

本社の所在地を記載してください。

長崎県知事

殿

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 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)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒 なし 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			

宣 誓 書

私 儀

毒物若しくは劇物又は薬事に関する罪を犯し、罰金以上の刑に処せられた
ことがないことをここに宣誓いたします。

年 月 日

長崎県知事

殿

毒物劇物取扱責任者の住所及び氏名です。

住 所 ××市××町×××

氏 名

雇 用 証 明 書

年 月 日

本社の所在地を記載してください。

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

市 町

氏 名 (法人にあつては、その名称及び代表者の氏名)

株式会社

代表取締役

下記の者を毒物劇物取扱責任者として実地に管理させるため雇用していることを証明します。

記

毒物劇物取扱責任者の住所 ××市××町×××

毒物劇物取扱責任者の氏名

勤務場所(製造所、営業所又は店舗の名称) 株式会社 支店

勤 務 時 間 時 分 ~ 時 分

.....