

別記第9号様式(第5条関係)

### 毒物劇物取扱責任者変更届

業 務 の 種 別	
登 録 番 号 及 び 登 録 年 月 日	
製造所(営業所、店舗、 事業場)の所在地及び 名 称	
変更前の毒物劇物取扱 責任者の住所及び氏名	
変更後の毒物劇物取扱 責任者の住所及び氏名	
変更後の毒物劇物取扱 責任者及び資格	
変 更 年 月 日	
備 考	

上記により、毒物劇物取扱責任者の変更の届出をします。

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、その  
名称及び代表者の氏名)

長崎県知事

## 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、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒  <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			

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

住 所

氏 名

# 雇 用 証 明 書

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、その  
名称及び代表者の氏名)

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 .....

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） .....

勤 務 時 間 ..... 時 分 ~ ..... 時 分