

毒物劇物取扱責任者変更届

業 務 の 種 別	一般販売業 ・ 農業用品目販売業 ・ 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		
変更前の毒物劇物取扱責任者	住所		
	氏名		
変更後の毒物劇物取扱責任者	住所		
	氏名		
	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 業 用 品 目 ・ 特 定 品 目]	
変更年月日	年	月	日
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（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

山形県 保健所長 殿

担当者氏名 _____

連絡先 _____

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、あへん若しくは覚せい剤の中毒 (□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。