

## 毒物劇物取扱責任者変更届

業 務 の 種 別	毒物劇物 販売業	
登録番号及び登録年月日	第	号 年 月 日
製造所(営業所、店舗、事業場)	所在地	〒 一 仙台市 区  TEL 一
	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	1 薬剤師 2 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 3 都道府県知事が行う毒物劇物取扱試験 ( 一般 ・ 農業用品目 ・ 特定品目 ) に合格した者
変更年月日	年 月 日	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)

TEL ( )

(あて先) 仙台市保健所長

担当者名 \_\_\_\_\_

連絡先 TEL \_\_\_\_\_

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 業務の種別欄には、毒物又は劇物の一般販売業、農業用品目販売業若しくは特定品目販売業の別を記載すること。ただし、附則第3項に規定する内燃機関用メタノールのみの取扱いに係る特定品目販売業にあつては、その旨を付記すること。
- 4 変更後の毒物劇物取扱責任者の資格欄には、附則第3項に規定する内燃機関用メタノールのみの取扱いに係る特定品目毒物劇物取扱者試験に合格した者である場合には、その旨を付記すること。

## 使用関係証明書

年 月 日

使用者 住所

氏名

被使用者 住所

氏名

私どもは、下記条件のもとに使用関係にあることを証明します。

### 記

1 勤務場所の所在地及び名称

2 勤務内容

毒物劇物取扱責任者

3 勤務日及び勤務時間

4 営業日及び営業時間

# 診 断 書

(毒物劇物取扱責任者、特定毒物研究者)

氏名			
生年月日	年      月      日	年齢	才
<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 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）</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> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">※詳細については別紙も可</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の名称		
	所在地	TEL.	
	氏 名		

様式（d-3）

## 誓約書（毒物劇物取扱責任者）

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約します。

年 月 日

住 所

氏 名

（あて先） 仙台市保健所長

※毒物及び劇物取締法第8条第2項第4号：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、その執行を終り、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して3年を経過していない者

責任者の資格を  
証する書類の写し  
(原本持参)

用紙はA4サイズとすること。