

収入証紙  
貼付欄

14,700円分の奈良県収入証紙を貼付し、  
消印はしないこと。収入印紙は不可。

別記第2号様式

毒物劇物 一般販売業 農業用品目販売業 登録申請書  
特定品目販売業

3種類のうち該当するものに○印

店舗の所在地 及び名称	<ul style="list-style-type: none"><li>・マンション等の場合は、建物の名称、部屋番号まで記載すること。</li><li>・同一店舗で薬局・医薬品販売業等の業種の許認可を取得している場合はその名称と統一すること。</li></ul>
備考	<ul style="list-style-type: none"><li>・毒物劇物を直接取り扱わない場合は、余白に「伝票処理のみ」と記載すること。</li><li>・以前提出済み等により添付書類を省略する場合は、省略書類名を○で囲み、必要事項を追記すること。</li></ul>

一般販売業

上記により、毒物劇物 農業用品目販売業 の登録を申請します。  
特定品目販売業

3種類のうち該当するものに○印

年 月 日

住 所  
〔法人にあつては、主  
たる事務所の所在地〕

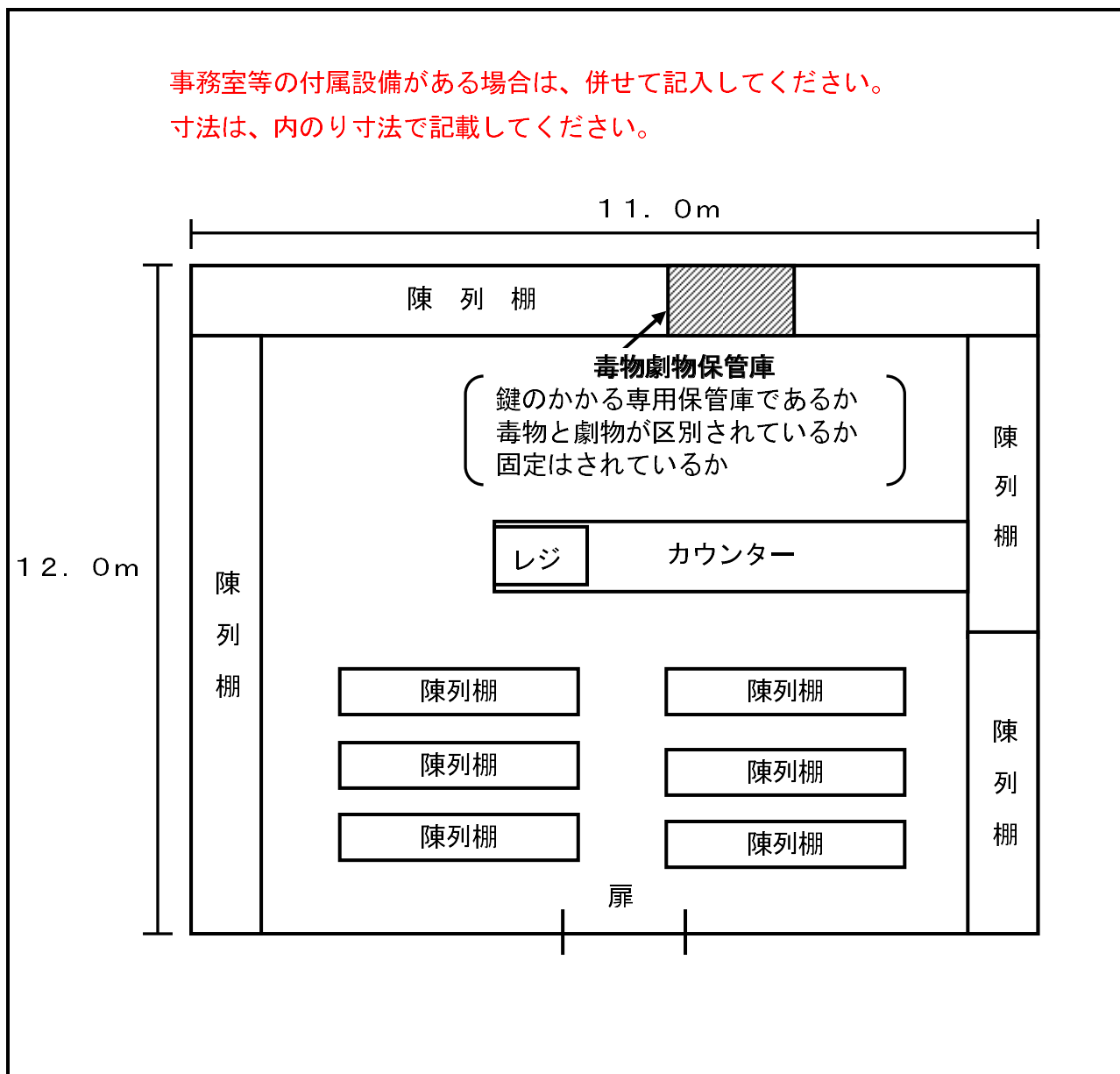
氏 名  
〔法人にあつては、名  
称及び代表者の氏名〕

TEL ( ) -

奈良県知事

殿

## 店 舗 平 面 図

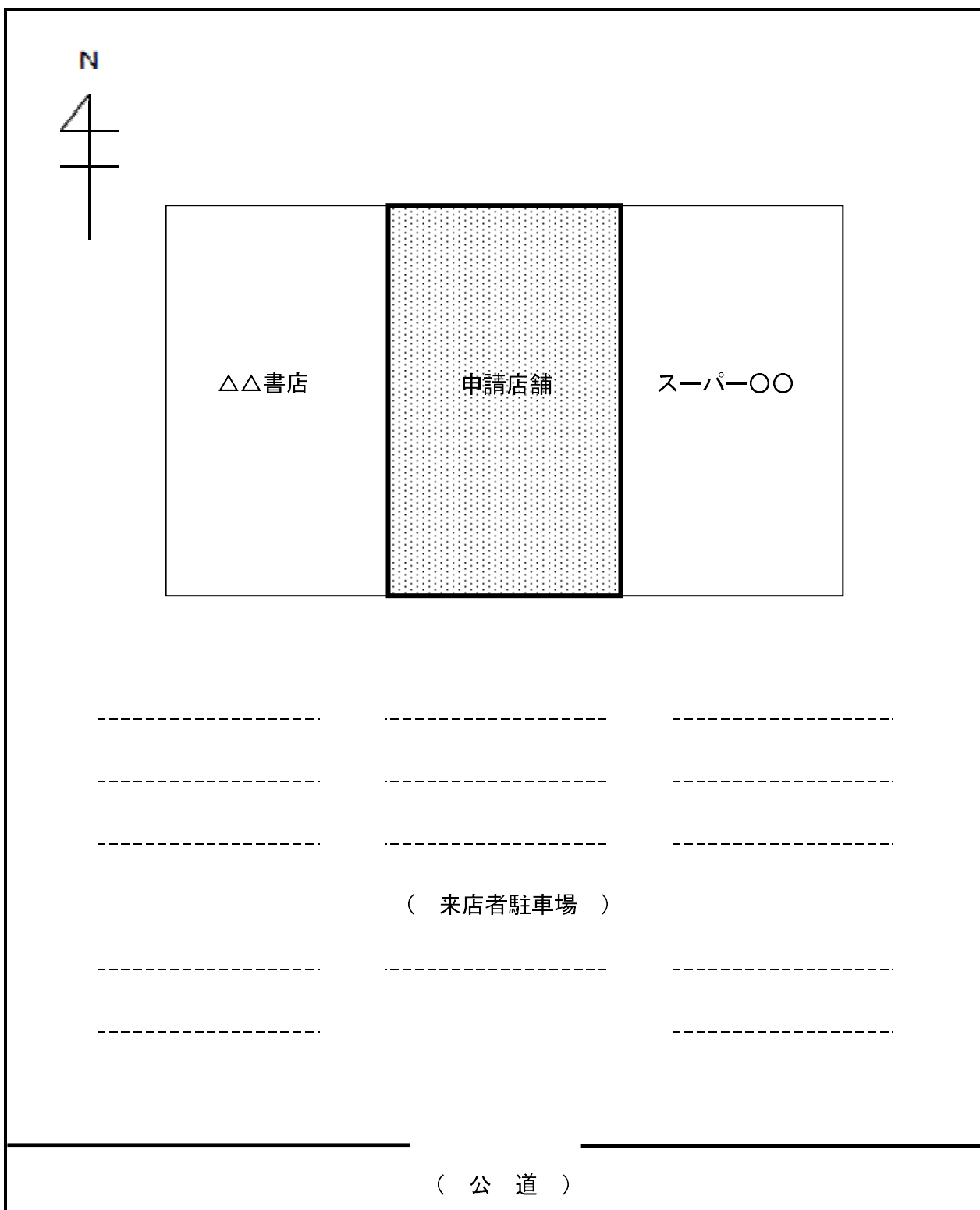


【設 備】 1. 採 光	蛍光灯	W	個、電 灯	W	個
2. 鍵の設備	縦	cm×横	cm×奥行	cm	
3. 冷 暗 所	縦	cm×横	cm×奥行	cm	
	↑	上記 1～3 については記載不要			
4. 毒物劇物貯蔵設備の構造	材質				
	縦	cm×横	cm×奥行	cm	

(記載上の注意)

- 1 申請店舗について、調剤室、医薬品・医療機器・毒物劇物等、当該店舗で取り扱う商品の陳列保管場所、施錠箇所、冷暗保存設備の設置位置を明示すること。  
なお調剤室内は、冷暗貯蔵設備、調剤台、毒薬庫、給排水設備等必要な設備を記入すること。
- 2 面積算定ができるよう、内のり寸法をメートル単位で記入する。
- 3 記載に代えて別紙を添付する場合は、A 4 又は A 3 の用紙とすること。

店舗敷地内の建物の配置図



(記載上の注意)

- 1 店舗と同一敷地内にある全ての建物（住居、店舗等）、敷地に接する公道、駐車場及び方角を記入すること。  
(例：店舗が建物の一画の場合は、その建物全体の見取図を書くこと。)
- 2 建物が高層の場合は、店舗の所在階数を明記し、同一フロアについて記入すること。
- 3 記載に代えて別紙を添付する場合は、A4又はA3の用紙とすること。

【共通様式3】

店舗の所在地略図（付近見取図）

所在地	
店舗の電話番号	電話設置前の場合は、設置後に薬務課薬事係迄ご連絡下さい。 薬事係 TEL : 0742-27-8670
その他の連絡方法	FAX、本社の電話番号があれば記載

The map shows a street grid. A vertical road on the left has a north arrow pointing up. A horizontal road is labeled '国道〇号線'. A vertical road on the right is labeled '近鉄〇〇駅'. A horizontal road below the station road has a box labeled '〇〇郵便局'. Above this road, a horizontal road has a box labeled '申請地' (shaded with dots) and a box labeled '〇〇保育所'. Above that, a horizontal road has a box labeled 'スーパー △△'. The '申請地' is located between the '〇〇郵便局' road and the '〇〇保育所' road.

（記載上の注意）

- 1 最寄り駅、幹線道路等からの詳細な経路が分かるよう記入すること。
- 2 店舗駐車場がある場合は、併せて記入すること。
- 3 記載に代えて別紙を添付する場合は、A4又はA3の用紙とすること。



## 診 断 書

氏 名	毒物劇物取扱責任者について記載	性 別	男 ・ 女
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. 視覚機能（□にチェックを付けて下さい）          目が見えない      □該当しない      □該当する          該当する場合において補助的（又は代替）手段があればその内容（できるだけ具体的に）          _____</p> <p>2. 聴覚機能（□にチェックを付けて下さい）          耳が聞こえない      □該当しない      □該当する          該当する場合において補助的（又は代替）手段があればその内容（できるだけ具体的に）          _____</p> <p>3. 音声・言語機能（□にチェックを付けて下さい）          □がきけない      □該当しない      □該当する          該当する場合において補助的（又は代替）手段があればその内容（できるだけ具体的に）          _____</p> <p>4. 精神機能          精神機能の障害（□にチェックを付けて下さい）  <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記載して下さい。（注1））          _____          _____          _____</p> <p>5. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚 醒 剤 の 中 毒 者 で な い。</p>			
診断年月日	年 月 日	← 発行後3ヶ月以内であること	
<p>病院、診療所又は介護老人保健施設等の</p> <p style="margin-left: 40px;">名 称</p> <p style="margin-left: 40px;">所在地</p> <p style="margin-left: 80px;">T e l                      (                      )                      (注2)</p> <p style="margin-left: 40px;">医師の氏名</p>			

(注1) 精神機能の障害の程度・内容により、許可（登録、免許、指定、届出）された業務を行うにあたって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができるかを、専門家の意見を聞いて判断しますので具体的にお書き下さい。

(注2) 必要に応じて、診断書を作成した医師から精神機能の障害の程度・内容をお聞きする場合がありますので、電話番号は必ず記載して下さい。

【共通様式 10】

宣 誓 書

わたくしは、毒物及び劇物取締法第8条第2項第4号の規定に該当しないことを誓います。

年 月 日

本 籍

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

奈良県知事

殿

※ 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、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して3年を経過していない者

## 使用関係を証する書類

事業主 住所

氏名

従事者 住所

氏名

1 期間 年 月 日から

← 現地調査日以前が望ましい

2 勤務方法

① 時間

9時30分から22時30分まで  
(シフト制 月40時間勤務)

← 労働基準法等に抵触しないか予め確認して下さい。

② 休日

3 給与

月額  
時給

1,700円  
土日・20時以降は時給2,000円

← 月額又は時給を○で囲む

4 業務

薬局管理者 ・ 店舗管理者 ( 薬剤師 ・ 登録販売者 )

営業所管理者 ( 薬剤師 ・ 薬剤師以外の者 )

区域管理者 ( 薬剤師 ・ 登録販売者 )

医療機器営業所管理者 ・ 毒物劇物取扱責任者

その他の薬剤師 ・ その他の登録販売者

5 その他

↑ 担当する業務を○で囲む

年 月 日

### 【勤務方法について】

- ・ 勤務時間が固定の場合はその時間帯を記載して下さい。
- ・ 店舗の営業時間が長く、従事者がシフト制で勤務する場合は、勤務する可能性のある時間帯を記載し、下段に ( ) でシフト制である旨、及び週あたりの勤務時間を記載して下さい。