

収入証紙

貼付欄

別記第2号様式

一般販売業  
毒物劇物 農業用品目販売業 登録申請書  
特定品目販売業

店舗の所在地 及び名称	
備考	次の①、②のそれぞれについて、該当する項目があれば○で囲み、必要事項を記入する。 ①申請理由：移転・相続・合併・組織変更・業態変更・仮店舗（ 年 月まで営業） ②添付書類の省略： 【 有（下記※のとおり） ・ 無 】 （※登記事項証明書 は 年 月、登録番号 に係る登録申請・変更届 に添付済みのため省略）

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

年 月 日

住 所  
〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕

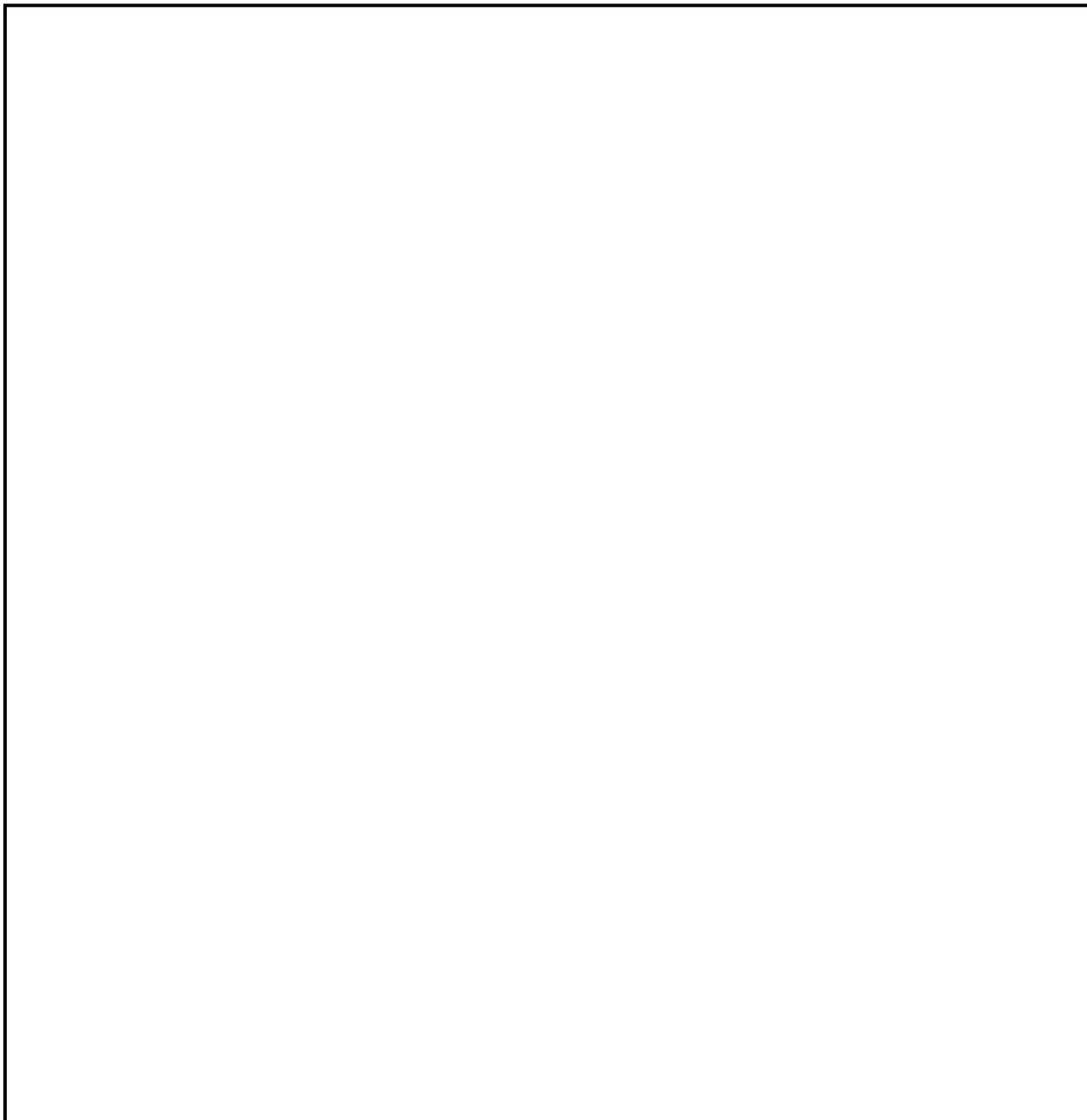
氏 名  
〔法人にあつては、名称及び代表者の氏名〕

TEL ( ) -

奈良県知事

殿

## 店 舗 平 面 図

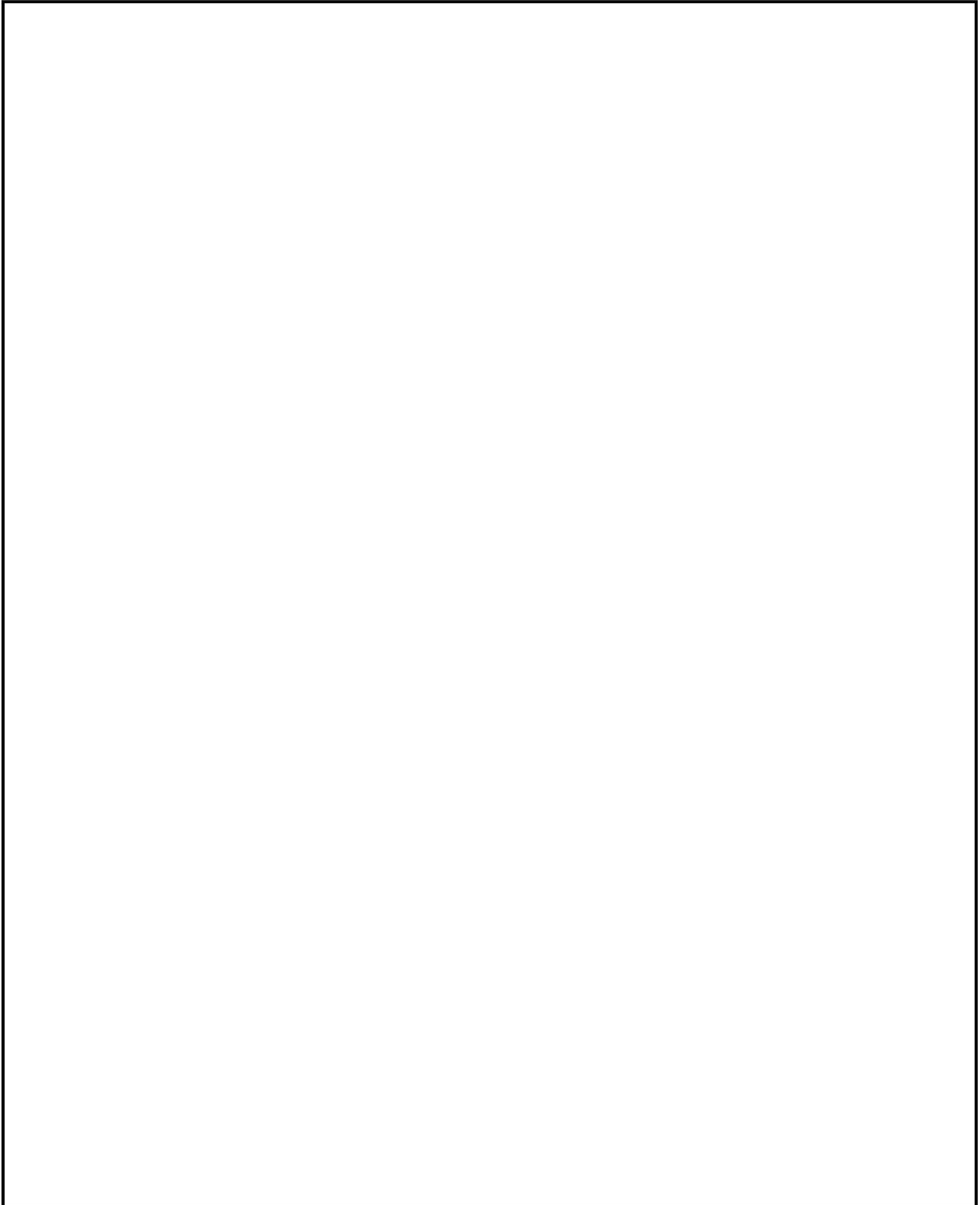


【設 備】	1. 採 光	蛍光灯	W	個、電 灯	W	個
	2. 鍵の設備	縦	cm × 横	cm × 奥行	cm	
	3. 冷 暗 所	縦	cm × 横	cm × 奥行	cm	
	4. 毒物劇物貯蔵設備の構造	材質				
		縦	cm × 横	cm × 奥行	cm	

## (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、A4又はA3の用紙とすること。

## 店舗敷地内の建物の配置図

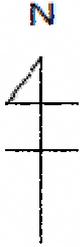


### （記載上の注意）

- 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、A 4 又はA 3 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	( ) —
その他の連絡方法	
<p>N</p> 	

（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、A 4 又はA 3 の用紙とすること。

毒物劇物取扱責任者設置届

業 務 の 種 別	
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 ) の 所 在 地 及 び 名 称	
毒 物 劇 物 取 扱 責 任 者 の 住 所 及 び 氏 名	
毒 物 劇 物 取 扱 責 任 者 の 資 格	毒 物 劇 物 取 扱 法 第 8 条 第 1 項 第 号
備 考	該 当 する 項 目 が あ れ ば ○ で 囲 み 、 必 要 事 項 を 記 入 す る 。 添 付 書 類 の 省 略 : 【 有 ( 下 記 ※ の と お り ) ・ 無 】 ( ※ 取 扱 責 任 者 の 資 格 を 証 す る 書 面 ・ 雇 用 契 約 書 は 、 年 月 、 登 録 番 号 に 係 る 登 録 申 請 ・ 変 更 届 に 添 付 済 み の た め 省 略 )

上記により、毒物劇物取扱責任者の設置の届出をします。

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、名  
称及び代表者の氏名 〕

TEL ( ) -

奈良県知事

殿

## 診 断 書

氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年 齡	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）  口がきけない      □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）  □ 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		
<p>病院、診療所又は介護老人保健施設等の</p> <p>名 称</p> <p>所在地</p> <p style="text-align: center;">T e l                      (                      )                      (注2)</p> <p>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。

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

【共通様式7】

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

2 勤務方法

① 時間 時 分から 時 分まで

② 休日

3 給与

月額  
時給

円

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

年 月 日