毒物劇物を直接取り扱わない場合は、提出不要

毒物劇物取扱責任者設置届

業務の種類	一般販売業 農業用品目販売業 特例販売業
登録番号及び 登録年月日	第 号 年 月 日 新規登録の場合は空白で
製造所(営業所、店舗、 事業場)の所在地及び 名 称	毒物劇物販売業登録申請書と同様の記載
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	毒物劇物取締法第8条第1項第 1号:薬剤師 2号:応用化学に関する学課を終了 3号:毒劇物取扱者試験合格者
備考	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。

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

奈良県知事

【共通様式7】

3

給

与

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
 変更年月日と合致すること

 2 勤務方法
 ① 時間
 9時 30分から 22時 15分まで

 (週 40時間勤務)
 変則勤務の場合は、週又は月の勤務状況が分かるよう勤務条件を追記

 ② 休日

円

月額又は時給を○で囲む

4 業 務 管理薬剤師・勤務薬剤師・毒物劇物取扱責任者・医療機器営業管理者

月額

時給



【共通様式9】

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			
上記の者について、下記のとおり診断します。								
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) 							
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)							
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)							
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)) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □								
5. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒者でない。								
診断	年月日	年 月 日 🙀 🧡 発行後3ヶ	月以内、	であれ	32			
と病院、診療所又は介護老人保健施設等の								
名 称								
所在地								
		T e l ()			(注2)			
医師の氏名								

- (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