別記第９号様式

毒物劇物取扱責任者変更届

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 業務の種類 | |  |
| 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 |  |
| 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　　号 |
| 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変更の届出をします。

　　　　　　　年 　　月　　 日

　　　　 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 （ ） －

　（あて先）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者：

　　滋賀県　　　　保健所長　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：

（毒劇法関係）

診　　　　断　　　　書

氏名： 　　　 　 男 ・ 女

生年月日：　　　　年　　月　　日生（　　　歳）

　上記の者について、次のとおり診断します。

　１　精神の機能の障害（□にチェックしてください。）

□ 明らかに該当しない

□ 上記以外

　２　麻薬、大麻、あへんまたは覚醒剤の中毒者（□にチェックしてください。）

□ いずれにも該当しない

□ 該当する

　診断年月日：　　　　年　　月　　日

医療機関等の名称：

医療機関等の所在地：

医療機関等のTEL： （　　　）

医師の氏名： 別記

　様式第１号

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号の規定による毒物もしくは劇物または薬事に関する罪を犯し、罰金以上の刑に処せられ、その執行も終わり、または執行を受けることがなくなった日から換算して３年を経過していない者に該当するものではありません。

　　　　　年　　月　　日

住所

　　　　 氏名

年　　　月　　　日生使　用　関　係　証　書

１　被使用者

　 住所

　 　　　　 　氏名

　 　　　　 　生年月日　　　　年　　　　月　　　　日生

　２　勤務場所

　 名称

　 　　　　 　所在地

　３ 業　　　　　務　　　毒物及び劇物取締法第７条に規定する毒物劇物取扱責任者の業務

　４　勤　　務　　日 週　　　日　（　　曜日から　　曜日まで）

　５　勤　務　時　間 午前　　時　　分から午後　　時　　分まで

　　　　　　　　　　　　　（週あたりの勤務時間数　　　　　　時間）

上記のとおり使用関係にあることを証明します。

　 　　　　　年　　月　　日

　 住所

使　用　者

　 　　　　 　氏名

（記載上の注意）

勤務日および勤務時間は、１週間に勤務する通常の曜日および勤務時間を記載すること。