

毒物劇物を直接取り扱わない場合は、提出不要

捨印

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	いずれかの申請業種を記載
登 録 番 号 及 び 登 録 年 月 日	第 平成 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 号 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
年月日は空白で提出

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 () -

法人の場合は登記された法人代表者印
個人の場合は個人印を押印

印

奈良県知事

殿

【共通様式 7】

使 用 関 係 を 証 す る 書 類

事業主 住所

氏名

印

法人の場合は、登記された法人代表者印を押印

従事者 住所

氏名

印

1 期 間 平成 年 月 日から

変更年月日と合致すること

2 勤務方法
時間

9 時 3 0 分から 2 2 時 1 5 分まで

(週 4 0 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

休日

3 給 与 月額
時給

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・ 機器営業管理者

5 そ の 他

担当する業務を○で囲む

平 成 年 月 日

【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	大正 昭和 年 月 日	年 令	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）
 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）

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、あへん若しくは覚せい剤の中毒者でない。

診断年月日	平成 年 月 日	発行後3ヶ月以内であること
-------	----------	---------------

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 印

（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

当該店舗に登録する毒物劇物取扱責任者
について記載・押印

印

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