

毒物劇物取扱責任者設置届

事 項	1. 毒物劇物取扱責任者を設置するとき（奈良市内店舗を除く）		
根拠法令等	法第7条(毒物劇物取扱責任者) 法第8条(毒物劇物取扱責任者の資格) 法第22条第4項(準用) 規則第5条(毒物劇物取扱責任者に関する届出) 規則第6条(学校の指定) 毒物及び劇物施行細則第2条		
提出書類	1 毒物劇物取扱責任者設置届 【別記第9号様式】 2 変更後の毒物劇物取扱責任者に係る次の各号に掲げる書類 (1) 資格を確認する書類（薬剤師免許、毒物劇物取扱責任者試験合格証の写し、卒業証明書、単位取得証明等） 以下の～のいずれかを提出 薬剤師免許、毒物劇物取扱者試験合格証等原本を薬務課へ持参の上コピーを提出 資格を証する書類のコピー余白に「原本に相違なし」との文面、確認年月日、申請者の記名・押印のあるものを提出（なお、ウラ面記載のある免許については必ず両面コピーを添付。） 高校等の単位取得証明や卒業証明書など、複数回発行が可能な書類については原本を提出 (2) 診断書 【共通様式9】 (3) 宣誓書 【共通様式10】 (4) 使用関係を証する書類 【共通様式7】 (5) 変更から31日以上遅延したときは遅延理由書 注）薬局（医薬品販売業）の管理薬剤師の変更届と同時に提出するときは、添付書類のうち、薬局又は医薬品販売業の変更届の添付書類と重複する書類は省略可能。		
提出先	奈良県薬務課	提出部数	1部
受理機関	知事（薬務課）	手数料	不要

< 留意事項 >

- 登録の基準
「奈良県薬局等許可審査基準及び指導基準」に定めたとおり。
- 申請書記載上の注意事項

記 載 欄	記 載 上 の 注 意 事 項
業務の種別	・一般販売業、農薬用品目販売業、特定品目販売業、製造業、輸入業、業務上取扱者の別を記載すること。 なお、業務上取扱者にあつては、令第41条第1項、第2項、第3項の別を付記すること。

登録番号及び登録年月日	・登録票の登録番号と有効期間の始期の年月日を記載すること。 業務上取扱者にあつては届出年月日とすること。なお、同時に登録申請を行っている場合は記載しないこと。
製造所(営業所、店舗、事業場)の所在地及び名称	・テナントビル等に入居している場合はビル名及びその階数を記載すること。 また、丁目、番地、号はアラビア数字を用いて、「2丁目3番4号」を「2-3-4」のように記載してもよい。
毒物劇物取扱責任者の住所及び氏名	・テナントビル等に入居している場合はビル名及びその階数を記載すること。 また、丁目、番地、号はアラビア数字を用いて、「2丁目3番4号」を「2-3-4」のように記載してもよい。
毒物劇物取扱責任者の資格	・法第8条第1項の第何号に該当するかを記載すること。同項第3号に該当する場合には、一般毒物劇物取扱者試験、農業用品目毒物劇物取扱者試験又は特定品目毒物劇物取扱者試験のいずれに合格した者であるかを併記すること。 ただし、附則第3項に規定する内燃機関用メタノールのみのお取扱いに係る特定品目毒物劇物取扱者試験に合格した者である場合には、その旨を付記すること。
備考	・申請理由の該当事項を○で囲み、仮店舗の場合は営業予定期間を記入する。 ・添付省略書類の有無の該当事項を○で囲む。 ・省略書類がある場合は、その名称及び提出済み手続の種類を○で囲むとともに、届出済書類の提出年月、登録番号を記載すること。
その他	・法人の申請にあつては、法人登記印を押印すること。 ・申請時に記載事項を容易に訂正できるよう、申請書の余白に捨印を押印することが望ましい。捨印がない場合は、全ての訂正箇所に押印が必要。

3 添付書類に関する取扱いについて

(1) 毒物劇物取扱責任者設置届

毒物劇物取扱責任者として、申請した営業所に勤務できる者から選任し、毒物劇物取扱責任者設置届を同時に提出すること。

なお、毒物劇物を直接取扱わない輸入業にあつては、取扱責任者の設置は必要ない。

(2) 添付書類の省略等

省略可能な書類	省略できる場合
免許証・使用関係を証する書類	・申請者の経営する他の店舗において現在又は過去に取扱責任者として届出済みであつてその内容に変更がない場合 但し、離職者が復職する場合にあつては、省略できない。 ・申請者が取扱責任者である場合は、「使用関係を証する書類」は添付不要
診断書	・現に他の申請・届出の添付書類として3ヶ月以内に提出済みである場合

(3) 薬剤師免許証、卒業証書等の確認

免許証等の原本を持参して呈示、又は免許証等の写しに「原本に相違なし」との文面、確認年月日(申請日の3ヶ月以内)、申請者の記名・押印(法人の場合は登記印必須)の上、提出。

なお、裏面に記載のある免許については必ず両面をコピーする。

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 平 成 年 月 日 号
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	毒物劇物取締法第 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、平成 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。

平成 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)

印

TEL () -

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

従事者 住所

氏名

印

1 期 間 平成 年 月 日から

2 勤務方法
時間 時 分から 時 分まで

休日

3 給 与 月額
 時給 円

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

5 そ の 他

平 成 年 月 日

(記載上の注意)

1 法人にあっては、登記された法人代表者印を押印すること。

診 断 書

氏 名		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
-------	----------

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

印

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