

毒物劇物取扱責任者変更届

業 務 の 種 別		毒物劇物〇〇販売業 登録の業種を記載	
登 録 番 号 及 び 登 録 年 月 日		新市〇第〇〇号 登録票左上の登録番号 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 許可有効期間の開始日	
製造所(営業所、店舗、事業場)	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 新潟市〇区〇△丁目×番〇号	
	名 称	〇〇××株式会社	
変更前の毒物劇物 取 扱 責 任 者	住 所	〒△△△-□□□□ 新潟市×区△△〇丁目×番×号	
	氏 名	□〇 ××	
変更後の毒物劇物 取 扱 責 任 者	住 所	〒□□□-□□□□ 新潟市△区〇×丁目〇番△号	次のうち、該当するものを記載してください 「法第8条第1項第1号」(薬剤師) 「法第8条第1項第2号」(応用化学に関する学課を修了した者) 「法第8条第1項第3号、〇〇毒物劇物取扱者試験合格者」
	氏 名	〇〇 〇〇	
	資 格		
変 更 年 月 日	〇〇〇〇年××月××日		
備 考		「規則第11条の3の2第2項に規定する者に該当しない」 担当者氏名： 〇〇 〇〇 電話：〇〇〇-〇〇〇〇	

上記により、毒物劇物取扱責任者の変更の届

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

※視覚、聴覚、音声機能、言語機能に障がいがないときは記載してください。
 ※視覚、聴覚、音声機能、言語機能に障がいにより取扱責任者の業務を行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うために保健衛生上の危害の防止のための措置を講じることが必要な場合は、講じた措置を提出してください。

〒〇〇〇-〇〇〇〇

新潟市〇区〇△丁目×番〇号

法人の場合は、登記
事項証明書のとおり
に記入してください

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、その名称及び代表者の氏名)

〇〇××株式会社

代表取締役 〇〇 ××

新潟市保健所長 殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 業務の種別欄には、毒物又は劇物の製造業、輸入業、一般販売業、農業用品目販売業若しくは特定品目販売業又は業務上取扱者の別を記載すること。ただし、附則第3項に規定する内燃機関用メタノールのための取扱いに係る特定品目販売業にあつてはその旨を、業務上取扱者にあつては令第41条第1号、第2号及び第3号の別を付記すること。
- 4 業務上取扱者にあつては、登録番号及び登録年月日欄に業務上取扱者の届出をした年月日を記載すること。
- 5 変更後の毒物劇物取扱責任者の資格欄には、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か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ための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。

宣 誓 書

私は、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ではなく、毒物及び劇物取締法第8条第2項第4号に該当しないことを宣誓します。

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

<div>取扱責任者の住所・ 氏名を記入してくだ さい</div>	扱責任者	住所	新潟市△区〇×丁目〇番△号
		氏名	〇〇 〇〇

(宛先) 新潟市保健所長

診 断 書

毒 劇 用

毒物劇物取扱責任者用

氏 名	〇〇 〇〇		
生年月日	<div>昭和</div> <div>平成</div> <div>西暦</div>	<div>〇〇年</div> <div>〇〇月</div> <div>〇〇日</div>	<div>年令</div> <div>〇〇才</div>
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神機能</p> <p>精神機能の障害</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p>上記に該当しない場合には、診断名及び既に受けている治療の内容並びに現在の状況</p> <hr/> <hr/> <p>2 麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり</p>			
診断年月日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	※詳細については別紙も可	
医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称	〇〇〇〇 クリニック	
	所 在 地	新潟市〇〇区〇〇〇〇	
	氏 名	<div>TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇</div> <div>保健 三郎</div>	

雇用（勤務）証明書

取扱責任者氏名 ○○ ○○

勤務する店舗名 ○○××株式会社

上記毒物劇物取扱責任者は、以下の条件により、上記店舗の毒物劇物取扱責任者としての業務に専念する。

第1 勤務時間 午前○○時○○分から午後○○時○○分まで

第2 休日 ○曜日、×曜日、祝日

第3 その他

勤務する店舗の営業時間、定休日

営業時間 午前△△時○○分から午後××時××分まで

定休日 ○曜日、×曜日、祝日

以上について、相違ないことを証明します。

○○○○年○○月○○日

法人の場合は、登記
事項証明書のとおり
に記入してください

申請者住所

新潟市○区○△丁目×番○号

申請者氏名

○○××株式会社

代表取締役 ○○ ××

取扱責任者の住所・
氏名を記入してくだ
さい

取扱責任者住所

新潟市△区○×丁目○番△号

取扱責任者氏名

○○ ○○