

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 () ー

(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。