

一 般 販 売 業
毒物劇物 農業用品目販売業 登録申請書
特定品目販売業

| | |
|------------------------|--------|
| 店 舗 の 所 在 地 及 び 名 称 | 東京都大田区 |
| 備 考 | |

一 般 販 売 業
上記により、毒物劇物 農業用品目販売業 の登録を申請します。
特定品目販売業

令和 年 月 日

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、名称
及び代表者の氏名 〕

電話番号
担当者名

大田区保健所長殿

| 保健所收受印 | 料金収納印 | 業種別手数料 |
|--------|-------|----------------------|
| | | 毒物劇物販売業新規 16,900円 |

(注 意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格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 附則第3項に規定する内燃機関用メタノールのみを取り扱う特定品目販売業にあつては、その旨を備考欄に記載すること。

毒物劇物取扱責任者設置届

| | | | | |
|---------------|-------|-------|----------|---------|
| 業 務 の 種 別 | | 一般販売業 | 農業用品目販売業 | 特定品目販売業 |
| 登録番号及び登録年月日 | | 保生薬第 | 号 | 年 月 日 |
| 店 舗 | 所 在 地 | | | |
| | 名 称 | | | |
| 毒物劇物 取扱責任者 | 氏 名 | | | |
| | 住 所 | | | |
| | 資 格 | | | |
| 備 考 | | | | |

上記により、毒物劇物取扱責任者の設置の届出をします。

令和 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〕

殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格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。なお、業務上取扱者にあっては、令第41条第1号、第2号及び第3号の別を附記すること。
- 4 業務上取扱者にあっては、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 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、農業用品目、特定の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取り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。

証 書

私どもは下記事項を条件として使用関係にあることを証します。

令和 年 月 日

使用者 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、名称及び代表者の氏名〕

被使用者 住 所 〒

氏 名

記

1 業 務 管理者（薬剤師・登録販売者・ ）

勤務薬剤師（常勤、非常勤、派遣）

勤務登録販売者（常勤、非常勤、派遣）

高度管理医療機器等販売業・賃貸業管理者

毒物劇物取扱責任者

2 勤務時間 午前 時 分から午後 時 分まで

3 勤務日 週 日（ 曜日から 曜日まで）

備 考

- 1 勤務日は、1週間に勤務する日数及び曜日を記載すること。
- 2 該当する文字に丸を付けること。

診 断 書

| | | | | |
|---|------------------------------|-----|---|---|
| 氏 名 | | 性 別 | 男 | 女 |
| 生 年 月 日 | | 年 令 | | |
| <p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神障害 精神機能の障害 <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p>「明らかに該当なし」の欄に印がつけられない場合においては、 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。詳細については別紙も可)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> | | | | |
| 診断年月日 | 令和 年 月 日 | | | |
| 医 師 | 病院、診療所又は 介護老人保健施設 等の名称 | | | |
| | 所 在 地 | TEL | | |
| | 氏 名 | | | |

* 各項目について、該当する欄 にチェック印 をつけてください。

＜毒物及び劇物取締法に基づく届出用＞

宣 誓 書

私は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。

令和 年 月 日

住所

氏名

(宛先) 大田区保健所長

(参考)

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。

令和 年 月 日

(宛先) 大田区保健所長

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、名称及び代表者氏名)

誓 約 書

私(当社)は毒物劇物取扱責任者として、 $\left\{ \begin{array}{l} \text{聴覚の障害を有する者} \\ \text{言語機能又は音声機能に障害を有する者} \\ \text{視覚の障害を有する者} \end{array} \right.$

を設置いたします。(上記の障害の内容のうち、該当するものを選択)

つきましては、当該毒物劇物取扱責任者がその営業所または店舗において毒物又は劇物による保健衛生上の危害を確実に防止するために必要な設備の設置、補助者の配置その他の措置を下記のとおり講じることを誓約いたします。

記

講じる措置の内容

