

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	氏名	
	住所	
変更後の毒物劇 物取扱責任者	氏名	
	住所	
	資格	法第8条第1項第 号に該当 (薬剤師・学校卒業・試験合格)
変更年月日		令和 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。

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）

（あて先）浜松市保健所長

添付書類 1 資格を証する書類 2 診断書 3 誓約書 4 雇用に関する書類

診 断 書

住 所

氏 名

年 月 日 生

上記の者について、次のとおり診断する。

1 精神障害

精神機能の障害

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。詳細については別紙も可）

2 麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒

なし

あり

令和 年 月 日

病院又は診療所の所在地

病院又は診療所の名称

医師氏名

※各項目について、該当する項目の□にチェック印をつけてください。

誓約書

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誓約いたします。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

(あて先)浜松市保健所長

(参考)

毒物及び劇物取締法第8条第2項第4号とは

「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。」

雇用関係を証する書類

我々は、下記のとおり雇用関係にあることを証します。

令和 年 月 日

雇用者 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）

被用者 住所

氏名

記

1 業 務 管理薬剤師 勤務薬剤師（常勤，非常勤，派遣）
毒物劇物取扱責任者

2 勤務場所 住所

名称

3 勤務時間 午前 時 分 から 午後 時 分 まで

4 休 日

5 給 料

円（ただし月額）