

【共通様式7】

使用関係を証する書類

事業主 住所

氏名

従事者 住所

氏名

1 期間

年 月 日から



変更年月日と合致すること

2 勤務方法

① 時間

9時 30分から 22時 15分まで

(週 40時間勤務)



変則勤務の場合は、週又は月の勤務状況が分かるよう勤務条件を追記

② 休日

3 給与

月額
時給

円



月額又は時給を○で囲む

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

↑
担当する業務を○で囲む

年 月 日

【共通様式9】

診 断 書

氏 名	毒物劇物取扱責任者について記載	性 別	男・女
生年月日	年 月 日	年 齢	才
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>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）</p> <hr/> <p>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）</p> <hr/> <p>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）</p> <hr/> <p>4. 精神機能 精神機能の障害（□にチェックを付けて下さい） <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 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））</p> <hr/> <p>5. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒者でない。</p>			
診断年月日	年 月 日	← 発行後3ヶ月以内であるこ	
<p>と病院、診療所又は介護老人保健施設等の</p> <p>名 称</p> <p>所在地</p> <p style="text-align:center;">T e l () (注2)</p> <p>医師の氏名</p>			

(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。

【共通様式10】

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

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