

【共通様式7】

使用関係を証する書類

事業主 住所

氏名

印

法人の場合は、登記された法人代表者印を押印

従事者 住所

氏名

印

1 期間 平成 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・~~化学~~機器営業管理者

5 その他

担当する業務を○で囲む

平成 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	大正 年 月 日	年 令	才

上記の者について、下記のとおり診断します。

- 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)

- 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)

- 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)

- 精神機能
 精神機能の障害 (□にチェックを付けて下さい)
 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記載して下さい。(注1))

5. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒者でない。

診断年月日	平成 年 月 日	発行後3ヶ月以内であること
-------	----------	---------------

病院、診療所又は介護老人保健施設等の

名 称

所在地

T e l () (注2)

医師の氏名 印

(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

当該店舗に登録する毒物劇物取扱責任者
について記載・押印

印

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