

毒物劇物取扱責任者設置届

業 務 の 種 別	毒物劇物 販売業
登 録 番 号 及 び 登 録 年 月 日	
店 舗 の 所 在 地 及 び 名 称	
毒物劇物取扱責任者の住所及び氏名	
毒物劇物取扱責任者の資格	法 第 8 条 第 1 項 第 号
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。

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）

盛岡市保健所長 様

## 診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日	年 月 日	年 齡	才	
<p>上記の者について下記のとおり診断します。</p> <p>1 麻薬、大麻又はあへん若しくは覚せい剤の中毒</p> <p><input type="checkbox"/>なし      <input type="checkbox"/>あり</p>				
<p>2 精神機能</p> <p style="padding-left: 20px;">精神機能の障害</p> <p><input type="checkbox"/>明らかに該当しない      <input type="checkbox"/>専門家による判断が必要</p> <p style="padding-left: 20px;">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)</p>				
診断年月日	年 月 日	※詳細については、別紙も可		
医師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称			
	所 在 地			
	氏 名			

# 宣 誓 書

私は、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

(取扱責任者)

住所

氏名

盛岡市保健所長 殿

# 雇 用 証 明 書

年 月 日

私たちは、下記事項を条件として使用関係にあることを証明します。

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)

被雇用者 住 所  
氏 名  
生年月日 年 月 日

## 記

1 勤務場所 所在地  
名 称

2 業務内容

3 雇用年月日 年 月 日

4 勤務日・勤務時間

5 給料月額

6 休日

7 その他