

変更届

業 務 の 種 別		毒物劇物一般販売業 毒物劇物特定品目販売業	毒物劇物農薬用品目販売業 特 定 毒 物 研 究 者
登録(許可)番号及び 登録(許可)年月日		第 _____ 号	年 月 日
製造所(営業所、店舗、主たる 研究所)	所 在 地	〒 _____ 区 仙台市 _____ 区	
	名 称	TEL _____	
変 更 内 容	事 項	変更前	変更後
	構造設備	貯蔵設備なし	別紙のとおり
変 更 年 月 日		年 月 日	
備 考			

上記により、変更の届出をします。

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)

TEL ()

(あて先) 仙台市保健所長

担当者名 _____

連絡先 TEL _____

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4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 業種の種別欄には、毒物若しくは劇物の一般販売業、農薬用品目販売業若しくは特定品目販売業又は特定毒物研究者の別を記載すること。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の取扱いに係る特定品目販売業にあつては、その旨を付記すること。
- 4 品目の廃止に係る変更の場合は、変更内容欄の変更前の箇所は廃止した品目を、変更後の箇所は「廃止」と記載すること。

店舗の設備の概要図等

登録番号		名称	
建物の構造	造り 地上（ ）階 地下（ ）階建（ ）階使用		
貯蔵設備を設置している場所の材質	かべ：	床：	天井：
貯蔵設備の立体図（立体図は別紙添付可。ただし、A4 もしくは A3 サイズの用紙を使用すること。）			
材質		容器 タテ___m 横___m 奥行___m	鍵の種類
直接の容器の種類		施錠不可な場合の堅固なさくの種類	運搬用具を使用するときの種類
<p>※鍵の位置及び「医薬用外毒物」「医薬用外劇物」の表示を図示すること。</p>			

店舗の設備の概要図等

店舗・貯蔵設備の平面図（別紙添付可。ただし、A4 もしくは A3 サイズの用紙を使用すること。）

※寸法を記入し、貯蔵設備の位置、主要な設備を図示すること。

※同一敷地に建築物が複数ある場合やフロアを区画して店舗とする場合は当該店舗がわかる図面を添付してください。（敷地図、フロア図など）

営業内容	小売 卸売 伝票販売		
	物質名	濃度	CAS 番号
主な取扱 品目			

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		第	号 年 月 日
製造所(営業所、店舗、事業場)	所在地	〒 区 仙台市	
	名称	TEL -	
毒物劇物取扱責任者	氏名		
	住所		
	資格	1 薬剤師 2 厚生労働省令で定める学校で、応用化学に関する学課を修了した者 3 都道府県知事が行う毒物劇物取扱試験(一般・農業用品目・特定品目)に合格した者	
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)

TEL ()

(あて先) 仙台市保健所長

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4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、毒物若しくは劇物の一般販売業、農業用品目販売業又は特定品目販売業の別を記載すること。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の取扱いに係る特定品目販売業にあつては、その旨を付記すること。
- 4 毒物劇物取扱責任者の資格欄には、附則第3項に規定する内燃機関用メタノールのみの取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。

使用関係証明書

年 月 日

使用者 住所

氏名

被使用者 住所

氏名

私どもは、下記条件のもとに使用関係にあることを証明します。

記

1 勤務場所の所在地及び名称

2 勤務内容

毒物劇物取扱責任者

3 勤務日及び勤務時間

4 営業日及び営業時間

診 断 書

(毒物劇物取扱責任者、特定毒物研究者)

氏名			
生年月日	年 月 日	年令	才
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神機能 精神機能の障害 <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）</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 10px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 10px 0;"/> <p>2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 10px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 10px 0;"/> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">※詳細については別紙も可</p>			
診断年月日	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		

様式（d-3）

誓約書（毒物劇物取扱責任者）

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します。

年 月 日

住 所

氏 名

（あて先） 仙台市保健所長

※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、その執行を終り、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して3年を経過していない者

責任者の資格を
証する書類の写し
(原本持参)

用紙はA4サイズとすること。