

毒物劇物取扱責任者変更届

業 務 の 種 別		
登 録 番 号 及 び 登 録 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	住 所	
	氏 名	
変更後の毒物劇 物 取 扱 責 任 者	住 所	
	氏 名	
	資 格	
変 更 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。

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）

印

連絡先電話：
担当者氏名：

三重県 保健所長 殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本産業規格 A 列 4 番とすること。
- 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、毒物又は劇物の製造業、輸入業、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業務上取扱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、業務上取扱者にあつては令第 41 条第 1 号、第 2 号及び第 3 号の別を付記すること。
- 4 業務上取扱者にあつては、登録番号及び登録年月日欄に業務上取扱者の届出をした年月日を記載すること。
- 5 変更後の毒物劇物取扱責任者の資格欄には、法第 8 条第 1 項の第何号に該当するかを記載すること。同項第 3 号に該当する場合には、一般毒物劇物取扱者試験、農薬用品目毒物劇物取扱者試験又は特定品目毒物劇物取扱者試験のいずれかに合格した者であるかを併記すること。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。

診 断 書

住 所			
氏 名		性 別	男 女
生年月日	年 月 日	年 令	

上記の者について、下記のとおり診断します。

（各項目について該当する□欄にチェック☑を付けてください。）

1. 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記載してください。）

2. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒

- ☐ なし
- ☐ あり

診断年月日	年 月 日	※ 詳細については別紙も可
-------	-----------------	---------------

病院、診療所又は介護老人保健施設等の

名 称

所 在 地

TEL () —

医師の氏名

㊞

宣 誓 書

私は、毒物劇物取締法第8条第2項第4号に該当しないことを宣誓します。

年 月 日

住 所

氏 名



三重県

保健所長 様

雇 用 証 明 書

甲	営 業 者 (届 出 者)	住所（法人の場合、 主たる事務所所在地	〒
		氏名（法人の場合、 名称及び代表者の氏名）	
		製造所（営業所、店 舗、事業場）の所在地	
		製造所（営業所、店 舗、事業場）の名称	
乙	毒 物 劇 物 取 扱 責 任 者	住 所	〒
		氏 名	
		職 名	

- 1 乙は、甲の製造所（営業所、店舗、事業場）で、毒物劇物取扱責任者として勤務することを承諾する。
- 2 乙は、上記の甲の製造所（営業所、店舗、事業場）以外の場所で毒物劇物取扱責任者として実務に従事しないことを誓約する。
- 3 乙の勤務時間は、 時から 時までとする。
- 4 乙の休日は、 とする。

上記のとおり証明します。

年 月 日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

甲

氏 名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

印

住所

乙

氏 名

印