捨印

別記第９号様式

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 業務の種別 | | 一般販売業　農業用品目販売業　特定品目販売業  その他（　　　　　　　　　　） |
| 登録番号及び登録年月日 | | 第　　　　　号　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※年月日には有効期間の始まりの年月日を記載 |
| 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 | 毒物劇物取締法第８条第１項第　　号該当  （一般　農業用品目　特定品目）  ※第３号の場合いずれかにチェックを入れること。  （資格要件）  第１号：薬剤師  第２号：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  第３号：都道府県知事が行う毒物劇物取扱者試験に合格した者 |
| 変更年月日 | | 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

　　　　　　　 　法人にあっては､主たる

事務所の 所在地

　氏 　名

法人にあっては､名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

及び代表者の氏名

※（収受印　押印欄）

　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　）

　　　　　　　　担当者名

青森県知事　殿

(注意)

　1　用紙の大きさは、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、農業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、農業用品目**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。

添付書類確認票

毒物劇物取扱責任者変更届に、次の添付書類を添付のうえ、届出すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 添付書類名 | チェック欄 |
| １ | 資格を証する書類※写しを添付する場合は、原本を持参すること。  薬剤師  薬剤師免許証の写し 応用化学修了者  卒業証明書の原本又は卒業証書の写し  　　※場合によっては、単位所得証明書（化学に関する科目30単位以上）  試験合格者  合格証の写し |  |
| ２ | 診断書※診断後３ヶ月以内のものに限る。 |  |
| ３ | 誓約書（取扱責任者用） |  |
| ４ | 使用関係（勤務）証明書 |  |

※毒物劇物製造業又は輸入業に係るものの場合、正副２部提出すること。

診　　断　　書

氏　名

生年月日　　　　　　　年　　月　　日生

上記の者について、次のとおり診断します。

１　精神機能の障害

□　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を選んだ場合は、診断名等を次の欄に記載。

|  |  |
| --- | --- |
| 診断名 |  |
| 現に受けている  治療の内容 |  |
| 現在の状況 |  |

２　麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒

□　なし　　　□　あり

　　　　　　年　　月　　日

医療機関等の名称

所在地

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

誓　　約　　書

　私は、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ではありません。

　　　　　年　　月　　日

住　所

氏　名 　　 印

　　年　　月　　日生

青森県知事　殿

使用関係（勤務）証明書

|  |
| --- |
| １　取扱責任者  (1)住所：  (2)氏名：  ２　勤務日時  　(1)　　曜日から　　曜日の　　　時から　　時まで  (2)　　曜日から　　曜日の　　　時から　　時まで  ３　休　　日  ４　製造所（営業所、店舗、事業場）  (1)所在地：  (2)名　称：  ６　勤務内容  毒物劇物取扱責任者及びこれに付帯する一切の業務 |

　　上記のとおり相違ないことを証明します。

　　 　年　 月　 日

　　　　　　　　　　　　住 所

　　　　　　　　　　 　法人にあっては､主たる

　　　　　　　　　　　 事務所の 所在地

　　　　　　　　　　　　氏 　名

　　　　　　　　　　　 法人にあっては､名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　 及び代表者の氏名

　　　青森県知事　殿

**遅　　延　　理　　由　　書**

　年　　　月　　　日

　青森県知事　殿

　　　　　　　　　　　　住　所（）

　　　　　　　　　　　　氏　名（）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　年　　　月　　　日付けで、　　　　　　　　　　　　　　　　　　（注１）を

変更し，３０日以内に届出をすべきところ、　　　　　　　　　　　　　　　　　　（注２）

遅延いたしました。

　今後、このようなことのないよういたしますので、よろしくお取り計らい願います。

（注１）変更内容を記載する。

（注２）遅延理由を記載する。

※（収受印　押印欄）