

別記第8号様式(第5条関係)

毒物劇物取扱責任者設置届

業 務 の 種 別	
登 録 番 号 及 び 登 録 年 月 日	
製造所(営業所、店舗、事業所)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	
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

氏名

印

大阪府知事 殿

連絡先 TEL
担当者

誓 約 書

大阪府知事 殿

年 月 日

本 籍 都・道・府・県

住 所

氏 名 印

下記のとおり相違ないことを誓約いたします。

記

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たことはありません。

使用関係証書

下記のとおり、使用関係にあることを証します。

記

1 勤務場所の名称

所在地

1 勤務時間 午前 時 分 から 午後 時 分まで

1 休日

年 月 日

使用者

住所

氏名 印

被用者（取扱責任者）

住所

氏名 印

大阪府知事 殿

診 断 書

氏 名			
生 年 月 日	年 月 日	年 齢	歳
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1. 精神機能の障がい <small>(医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則第8条、毒物及び劇物取締法施行規則第4条の7、及び同施行規則第6条の2(注1))</small></p> <p>※下記の□にチェックを付けること</p> <p><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p><input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要 <small>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2)</small></p> <p>2. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒者でない。</p>			
診断年月日	年 月 日		
<p>病院、診療所又は介護老人保健施設等の</p> <p>名 称</p> <p>所在地</p> <p>Tel. () (注3)</p> <p>医 師 の 氏 名 (印)</p>			

(注1) **医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則第8条**: 法第五条第三号への厚生労働省令で定める者は、精神の機能の障害により薬局開設者の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者とする。

毒物及び劇物取締法施行規則第4条の7: 法第六条の二第三項第一号の厚生労働省令で定める者は、精神の機能の障害により特定毒物研究者の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者とする。

毒物及び劇物取締法施行規則第6条の2: 第四条の七の規定は、法第八条第二項第二号の厚生労働省令で定める者について準用する。この場合において、「特定毒物研究者」とあるのは、「毒物劇物取扱責任者」と読み替えるものとする。

(注2) 精神機能の障がいの程度・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3) 必要に応じて、診断書を作成した医師から精神機能の障がいの程度・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。