

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) 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

[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、
名称及び代表者の氏名]

印

山 口 県 知 事 殿

診 断 書

住 所

氏 名

(男 ・ 女)

生年月日

年

月

日

(才)

上記の者について、下記のとおり診断します。

1 精神機能

精神の機能障害

なし

専門家による判断が必要

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

診 断 年 月 日

年 月 日

医療機関等の名称

医療機関等の所在地

医 師 の 氏 名

申立書

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った日から起算して三年を経過していない者ではありません。

年 月 日

住 所

氏 名

⑩

山 口 県 知 事

殿