



# 証 書

私どもは下記事項を条件として使用関係にあることを証します。

年 月 日

使 用 者 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 〕

被 使 用 者 住 所  
氏 名

## 記

【業 務】 管理者（薬剤師・登録販売者・  
勤務薬剤師  
勤務登録販売者  
毒物劇物取扱責任者  
高度管理医療機器等営業所管理者

備 考

該当する業務に丸を付けること。

# 診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日		年 令		
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神障害 精神機能の障害 <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p style="text-align: center;">「明らかに該当なし」の欄に印がつけられない場合においては、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。詳細については別紙も可)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</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			

\* 各項目について、該当する欄(□)にチェック印(✓)をつけてください。

# 宣 誓 書

私は毒物及び劇物取締法第8条第2項第4号に該当  
しないことを宣誓します。

年 月 日

住所

氏名

中央区保健所長

(参考)

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った日から起算して3年を経過していない者。