別記第６号様式

特定毒物研究者許可申請書

<table>
<tr><td rowspan="2">申請者の欠格事項</td><td>（１）</td><td>法第 19 条第４項の規定により許可を取り消されたこと</td><td></td></tr>
<tr><td>（２）</td><td>毒物若しくは劇物又は薬事に関する罪を犯し、又は罰金以上の刑に処されたこと</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">主たる研究所の所在地及び名称</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">特定毒物を必要とする研究事項及び使用する特定毒物の品目</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">備　　考</td><td></td></tr>
</table>

上記により、特定毒物研究者の許可を申請します。

令和　　年　　月　　日

住　　所

氏　　名

TEL　（　　）　　－

（あて先）

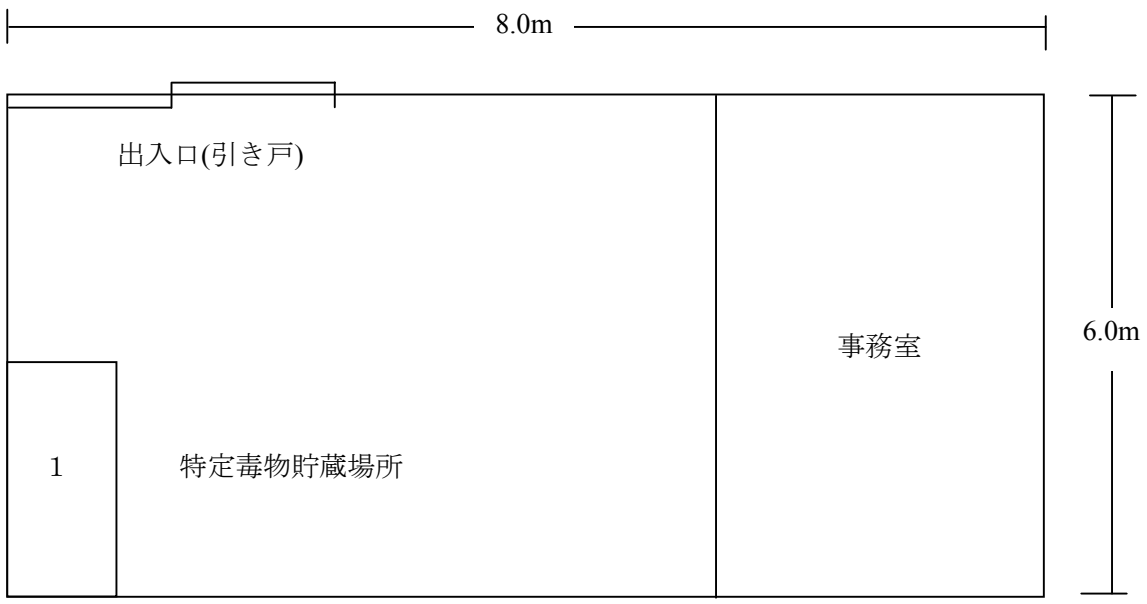
大津市保健所長

研究所の名称		研究所の所在地	
研究所の平面図			

（記載例）

研究所の名称		研究所の所在地	

研究所の平面図

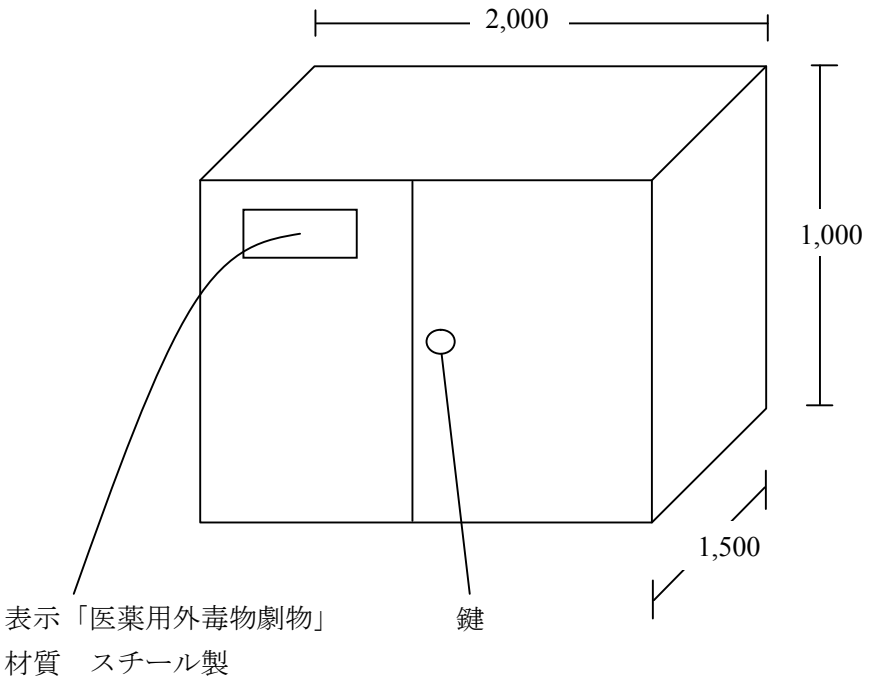


研究所の名称		研究所の所在地	
特定毒物貯蔵設備（立体図に、寸法・表示・施錠位置を記入してください。）			

（記載例）

研究所の名称		研究所の所在地	

特定毒物貯蔵設備（立体図に、寸法・表示・施錠位置を記入してください。）



（毒物及び劇物取締法関係）

診　　断　　書

氏名：　　男 ・ 女

生年月日：　　年　　月　　日生（　　歳）

上記の者について、次のとおり診断します。

1　精神の機能の障害（□にチェックしてください。）

□ 明らかに該当しない

□ 上記以外

2　麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒者（□にチェックしてください。）

□ いずれにも該当しない

□ 該当する

診断年月日：令和　　年　　月　　日

医療機関等の名称：

医療機関等の所在地：

医療機関等の TEL：　　（　　）

医師の氏名：

（記載例）

令和　　年　　月　　日

研　究　計　画　書

住　所　大津市〇〇町〇〇ー〇〇

氏　名　〇〇　〇〇

１．特定毒物を使用する場所

大津市□□一丁目〇〇ー〇〇　△△△研究所

２．使用目的

分析の標準試薬として使用

３．特定毒物の名称

パラチオン

４．使用予定量（年間）

パラチオン　５００ｍｇ

５．保管場所及び方法

別添図面の保管庫に施錠、表示して保管する。

誓　　約　　書

今般、特定毒物研究者許可申請にあたり、特定毒物は分析研究のための標準試薬としてのみ使用し、それ以外には使用しないことを誓います。

令和　　年　　月　　日

住所

氏名

大津市保健所長　殿