|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 誓　約　書  　　年　　月　　日  市立函館保健所長  　　　　　　　　　　　　住　所  　　　　　　　　　　　　氏　名  　私は、毒物及び劇物取締法第８条第２項第４号の規定による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に該当しないものに相違ないことをここに誓います。 | | | | | | | | |  |
| 注　　氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。 | | | | | | | | | | |
| 雇　用　証　明　書  　１　被雇用者氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　生  　２　雇用年月日　　　　　　　年　　月　　日  　３　勤務場所　　所在地  名　称  　４　勤務日・勤務時間  　５　給料月額  　６　休　　　　　　日  　上記のとおり、毒物劇物取扱責任者として雇用していることを証明します。  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　住　所（）  　　　　　　　　雇用者  　　　　　　　　　　　氏　名（） | | | | | | | | | | |
| （資格を証明する免許証、卒業証書又は試験合格証の写）  　原本と照合し、相違ありません。  　　　　　　　年　　　月　　　日  　　市立函館保健所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 診　　断　　書 | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | 性別 | 男 | 女 | |
| 生年月日 | | 大正 | | 年　　　月　　　日 | | | 年齢 | 才 | | |
| 昭和  平成 | |
| 上記の者について、下記のとおり診断します。  １　精神機能  　　精神機能の障がい  　　□　明らかに該当しない  ２　麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒  　　□　なし  　　□　あり | | | | | | | | | | |
| 診断年月日 | | | 年　　月　　日 | | | ※詳細については別紙も可 | | | | |
| 医師 | | | 病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称 | |  | | | | | |
| 所在地 | | ℡ | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | |

備考　診断にあたっては、必要事項を記載するとともに該当する□にチェックしてください。