

毒物劇物取扱者試験合格証明願

年 月 日

熊本県知事

様

申請者 住 所

氏 名

印

生年月日

年

月

日生

毒物及び劇物取締法（昭和25年法律第303号）第8条第1項第3号の毒物劇物取扱者試験に下記のとおり合格していることを証明されるようお願いいたします。

記

合格証番号	第 号
合格証年月日	年 月 日
試験実施年月日	年 月 日
試験の種類	

記入上の注意

- ・黒（青）インク又は黒（青）ボールペンを用いて、はっきりと記入してください。
- ・右肩の捨印欄にも必ず押印してください。
- ・提出書類、提出部数及び提出先

住 所 地	提出書類及び提出部数	提 出 先
熊本市又は県外	様式第55を1部、様式第55-2を1部	熊本県健康福祉部薬務衛生課
熊本市以外	様式第55を1部、様式第55-2を1部	住所地を管轄する保健所

文書分類	分類記号	G. 3. 0 6.	主題名	毒物劇物取扱者試験	保存期限	3年		
起案 年 月 日 本証明願いについて、奥書証明してよろしいか。								
課 長 (所長)	審 議 員 (次長)	課長補佐 (次長)	監視麻薬班長 (課 長)	主 幹	起 案 者	課 員	文 書 審 査	公 印 承 認
受 付 日 付 印		決 裁 日 付 印		発 送 済 印				
毒物劇物営業者登録等システム受付番号								

毒物劇物取扱者試験合格証明願

年 月 日  
熊本県知事 様  
申請者 住 所  
氏 名 印  
生年月日 年 月 日生

毒物及び劇物取締法（昭和25年法律第303号）第8条第1項第3号の毒物劇物取扱者試験に下記のとおり合格していることを証明されるようお願いします。

記

合格証番号	第 号
合格証年月日	年 月 日
試験実施年月日	年 月 日
試験の種類	

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

熊本県知事