

お客様各位

当ショップをご利用頂きありがとうございます。

医薬用外毒劇物のご購入は、法令に従い 注文時に下記譲受書をご提出いただく必要があります。

お手数ですが、**[毒物及び劇物譲受書] に記入・押印**の上 **郵送**をお願い申し上げます。

個人様ご購入の場合：**本人確認できる書類（運転免許証や健康保険証などの写し）も同封**してください。**ご注文が確認**でき、かつ**「譲受書」と「本人確認書類」を受取り後**、商品発送いたします。

法人様ご購入の場合： 法人名または個人名どちらかだけでも結構です。法人名の場合は個人印を使わず、**代表者印の押印**をお願いします。両方記入または個人名の場合は、個人印を押印してください。

宜しく願いいたします。

すっきりキレイ.com
運営会社 有限会社寒河江衛生管理センター
990-0505 山形県寒河江市白岩字湯尻 786-1
TEL:0237-87-2661 FAX:0237-87-2662

切り取り不要

切り取らずに郵送してください

切り取り不要

毒物及び劇物 譲受書

| | | | |
|---|--------------------------------------|--|-------|
| 毒物または劇物 | 品 名 | 容 量 | 数 量 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| ご記入日 | 年 月 日 | 販売または 授与年月日 | 年 月 日 |
| 譲 受 人 (法人にあってはその名称 及び主たる事務所の所在地) <small>※ 法人名+代表者名ご記入の場合は、 代表者印(社印(角印)不可)を押印します。 代表者印の押印ができない場合は、法人名・ 代表者名に加え、ご購入者の職名(担当役 柄) 担当者名、担当者の個人印を押印して ください。</small> | ご住所 | 個人で購入の方は かならず押印 のこと ① (年齢 才) | |
| | お名前または 法人名+代表者名 | | |
| | ご職業または 職名+担当者名 | | |
| | 連絡先 | - | - |
| ご使用目的(用途) 具体的にご記入ください | | | |
| 質問事項 <small>毒物及び劇物取締法第15条に基づく確認事項 (必ず回答してください) 法人の場合は回答不要です</small> | 1. 提示(同封)した本人確認書類は、私のものに間違いありません | はい | いいえ |
| | 2. 私は心身に障害はなく、毒物及び劇物を適切に取り扱うことができます。 | はい | いいえ |
| | 3. 私は麻薬・大麻・あへん又は覚せい剤の中毒者ではありません。 | はい | いいえ |
| | 4. 使用目的欄に記入した以外の用途に使用しません。 | はい | いいえ |

5年保存

黄色の項目をご記入ください。印 **ご使用目的**の記入を忘れずに

【必ず 郵送してください】 FAX・メールでは受け取れません