

様式3

校 長	教 頭	事務長 (物品管理主任)			

### 理科薬品等点検・確認票

次のとおり、理科薬品等の点検・確認を行いましたので、報告します。

確認者 職・氏名 \_\_\_\_\_

点検者 職・氏名 \_\_\_\_\_

点検年月日 令和 年 月 日

項 目		一 般 薬 品	毒物及び劇物	備 考
前回点検・確認時の 薬品総数		種類 本	種類 本	
増	購入等による増	種類 本	種類 本	
減	廃棄等による減	種類 本	種類 本	
今回の点検・確認薬 品総数 (保有総数)		種類 本	種類 本	
特 記 事 項				

※ 破損、紛失等、薬品に異常があった場合は、「特記事項」欄に、具体的な内容を記載すること。

※ 回付の際は、点検・確認した薬品の受払・点検記録簿を添付すること。

※ 薬品が入っている容器の形状にかかわらず、1本と数えること。