

記入例

滋賀県収入証紙

滋賀県収入証紙

滋賀県収入証紙

滋賀県収入証紙

滋賀県収入証紙7,500円分を貼付してください。
(R6.4現在)

販売従事登録申請書

申請者の氏名	近江 びわ子		
申請者の本籍地都道府県名	滋賀県	都道府県名のみ記載してください。	
申請者の生年月日	平成10年 1月 1日		
申請者の性別	男	・	女
申請者の欠格事項	(1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者	なし	}
	(2) 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者	なし	
	(3) 禁錮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後、3年を経過していない者	なし	
	(4) 法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法その他薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反し、その違反行為があつた日から2年を経過していない者	なし	
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	なし	
	(6) 精神の機能の障害により販売従事者の業務を適正に行うに当たつて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者	なし	
	(7) 販売従事者の業務を適切に行うことができる知識及び経験を有すると認められない者	なし	
備考			

上記により、販売従事登録を申請します。

令和 6 年 8 月 1 日

〒 520-8577

申請者住所 滋賀県大津市京町四丁目 1-1

申請者氏名 近江 びわ子

TEL 077 - 528 - 3634

(あて先)
滋賀県知事

(注意)

- 用紙の大きさは、A4とすること。
- 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 申請者の欠格事項の(1)欄から(7)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、あるときは、(1)欄及び(2)欄にあつてはその理由及び年月日を、(3)欄にあつてはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(4)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を記載すること。また、(6)欄に該当するおそれがある者については、同欄に「別紙のとおり」と記載し、当該申請者に係る精神の機能の障害に関する医師の診断書を添付すること。

該当しなければ「なし」と記載してください。
「あり」の場合は、下欄の(注意)3に従い記載してください。

記入例

薬局、店舗、配置販売業の**営業者本人が従事登録を行う場合は、雇用関係証書の提出は不要**です。代わりに、販売従事登録申請書の備考欄に、許可業種名、許可番号、店舗等の名称、所在地を記載してください。

使用関係証書

1 被使用者

住所 滋賀県大津市京町四丁目 1 - 1

氏名 近江 びわ子

生年月日 1998 年 1 月 1 日生

配置販売業の場合、店舗の名称および所在地の記入は不要です。

2 勤務場所

店舗の名称 〇〇ドラッグ△△店

店舗の所在地 彦根市和田町 4 1

業 種 店舗販売業

許 可 番 号 1 2 3 4 5 - 6 7 8

上記のとおり使用関係にあることを証明します。

令和 6 年 1 月 1 日

使用者

住所

(法人にあっては、

主たる事務所の所在地)

大阪府大阪市〇〇区□□町 1 - 1

氏名

(法人にあっては、名称

および代表者の氏名)

株式会社〇〇ドラッグ
代表取締役 淡海太郎

各店舗の責任者ではなく、法人の代表者氏名をご記入ください。

担当者名：

連絡先：