

様式第八十六の二（第百五十九条の七関係）

販売従事登録申請書

申請者の氏名	鴨江太郎	
申請者の本籍地都道府県名	静岡県	
申請者の生年月日	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日	
申請者の性別	男 ・ 女	
申請者の欠格条項	(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) 拘禁刑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、その違反行為があった日から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	Tel (080-1234-5678)	

上記により、販売従事登録を申請します。

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

申請者住所

浜松市〇区鴨江二丁目 11 番 2 号

申請者氏名

鴨江太郎

静岡県知事 殿



【添付書類】

- ・ 合格通知書 または 登録販売者試験合格証明書
- ・ 戸籍謄本（抄本）または 本籍記載住民票
- ・ 使用関係を証する書類

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書^{かい}ではっきりと書くこと。
- 3 申請者の欠格条項の(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つ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。

使用関係証明書

私どもは、被使用者が販売従事登録された場合、一般用医薬品の販売等に従事する者として、下記のとおり、使用関係にあることを証します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

使用者

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

浜松市〇区元城町 100 番地

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社浜松薬局 代表取締役 浜松 太郎

被使用者

住所 浜松市〇区鴨江二丁目 11-2

氏名 鴨江 太郎

記

- 勤務する店舗、営業所等の名称
浜松薬局
- 所在地（配置販売業にあつては、従事区域）
浜松市〇区元城町 100 番地
- 業態（該当する許可の種類を〇で囲むこと）

薬局

店舗販売業

配置販売業

- 許可番号

〇〇〇第〇 - 〇〇〇号