

兵庫県収入証紙貼付欄

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

ふりがな		
申請者の氏名		
申請者の本籍地都道府県名		
申請者の生年月日		明・大・昭・平 年 月 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たこと	
	(2)法第75条の2第1項の規定により登録を取り消されたこと	
	(3)禁錮以上の刑に処せられたこと	
	(4)薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと	
	(5)後見開始の審判を受けていること	
備考		

上記により、販売従事登録を申請します。

平成 年 月 日

申請者住所 〒

申請者氏名

印

TEL

兵庫県知事 様

(注意)

- 申請者の欠格事項の(1)欄から(5)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、また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、(5)欄にあつては「ある」と記載すること。
- 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載すること。

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年 令	才	
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神機能の障害</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p style="margin-left: 40px;">専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に（又は既に）受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に。詳細については別紙も可）</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>2 麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>				
診断年月日	平成 年 月 日			
医 師	病院、診療所又は介護 老人保健施設等の名称			
	所 在 地	T E L		
	氏 名	印		

雇用（使用）関係証明書

下記事項を条件として雇用(使用)関係にあることを証します。

平成 年 月 日

雇用(使用者) 住所 _____

氏名 _____ 印

被雇用(使用者) 住所 _____

氏名 _____

記

1 業務内容

一般用医薬品の販売業務

2 勤務店舗

名 称 _____

所在地 _____

業務の種別 _____ 許可番号 _____

3 勤務日及び勤務時間

勤務日 _____ 勤務時間 時 分～ 時 分

(注意)

- 1 雇用(使用者)が法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称、代表者名を記載すること。
- 2 被雇用(使用者)が複数店舗に勤務する場合は、勤務店舗欄には主として勤務する店舗について記載すること。
- 3 業務の種別が配置販売業の場合は、勤務店舗の所在地欄は「兵庫県一円」と記載すること。
(勤務店舗欄の名称は記載不要です。)