

--

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	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、取消しの日から3年を経過していない者	
	(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	
	(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	
	(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	
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	
	(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	
	(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	
備考		

上記により、販売従事登録を申請します。

令和 年 月 日

申請者住所 〒

申請者氏名

TEL

兵庫県知事 様

(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、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 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。

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。

令和 年 月 日

雇用(使用)者 住所 _____

氏名 _____

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

作成担当者名：

部署：

TEL：

(注意)

- 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。
- 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。
- 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。)