

## 販売従事登録申請書

申請者の氏名 <sup>ふりがな</sup>		
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たこと	
	(2) 禁錮以上の刑に処せられたこと	
	(3) 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	
	(4) 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。

年 月 日

申請者住所

申請者氏名

印

連絡先電話番号（ ）

千葉県知事

様

（注意）

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 申請者の欠格事項の(1)欄から(4)欄までには、当該事項がないときは「なし」と記載し、あるときは、(1)欄にあつてはその理由及び年月日を、(2)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、(3)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を、(4)欄にあつては「ある」と記載すること。
- 4 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

ふ り が な 氏 名					
住 所					
生 年 月 日	年	月	日	年 齢	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 精神機能の障害</p> <p><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p><input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p style="text-align: center;">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>2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><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	TEL			
	氏 名	印			

(千葉県販売従事登録申請用)

平成 年 月 日

## 雇用関係証明書

雇用者 住 所

氏 名

印

被雇用者 住 所

氏 名

印

生年月日

年

月

日生

下記のとおり雇用関係にあることを証明します。

記

- 1 主たる勤務店舗等の名称
- 2 主たる勤務店舗等の所在地  
(配置販売業にあつては空欄とする)
- 3 主たる勤務店舗等の許可番号