

青森県証紙貼付欄  
(10,000円)  
注意:証紙が重ならないように貼付すること。

10,000円分の県証紙を貼付

販売従事登録申請書

申請者の氏名	青森 太郎	
申請者の本籍地都道府県名	青森県	
申請者の生年月日	平成 ●● 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	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		

欠格条項に該当する方は、販売従事登録を受けられません。

上記により、販売従事登録を申請します。

※青森県収入証紙 確認者  
貼付額 10,000円 印

令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日

〒 030 - 8570

申請者住所 青森市長島一丁目1番1号

申請者氏名 青森 太郎

青森県知事 殿

※(收受印 押印欄)

(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)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。

●●●●年●●月●●日

薬種商販売業に係る許可状況等申出書

青森県知事 殿

住 所 青森市長島一丁目 1 番 1 号

氏 名 青森 太郎

電話番号 0 1 7 ( 7 3 4 ) 9 2 8 9

私は、下記のとおり薬種商販売業の適格者をしていたことを申し出ます。

店 舗	所 在 地	青森市長島一丁目 1 番 1 号
	名 称	株式会社青森薬店
開 設 者 氏 名	株式会社青森薬店	
許 可 年 月 日	●●●●年●●月●●日	
廃 止 年 月 日	●●●●年●●月●●日	

(注意)

- 1 上記については、申出者が可能な限り記載すること。
- 2 連絡先は日中連絡がつく携帯電話等の電話番号を記入すること。

(保健所処理欄) ※以下は記載不要です

上記申出について、当所保管の廃止台帳により事実であることを確認しました。

確 認 年 月 日	年 月 日	
確 認 者 氏 名	保健所	印

(注意)

- 1 各保健所薬務所管課職員が廃止台帳により確認すること。
- 2 申出内容と廃止台帳に齟齬がある場合には、申出者に確認の上で、朱書きで訂正すること。

内容に不足がない場合は任意の様式でかまいません。

使用関係証明書

●●●●年●●月●●日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

使用者

青森市長島一丁目1番1号

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社青森薬店

代表取締役 青森 花子

住所

被使用者

青森市長島一丁目1番1号

氏名

青森 太郎

私どもは、下記店舗において使用関係にあることを証明します。

記

1 薬局又は医薬品販売業の店舗の名称

株式会社青森薬店

2 薬局又は医薬品販売業の店舗の所在地

青森市長島一丁目1番1号

3 許可業態の種別

店舗販売業

4 許可番号

第●●●●●●号

(注意)

- 1 この様式によらない場合には、上記内容を含む証明書とすること。
- 2 許可業態の種別には、薬局、一般販売業、薬種商販売業、配置販売業、店舗販売業及び卸売販売業のいずれかを記載すること。
- 3 配置販売業の場合、店舗の名称については記載不要である。また、店舗の所在地については、「青森県一円（配置販売業の区域）」と記載すること。