

様式第八十六の二(第百五十九条の七関係)

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。

販売従事登録申請書

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) 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	
	(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薬局開設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。

※青森県収入証紙 確認者
貼付額 10,000円 印

年 月 日

丁

申請者住所

申請者氏名

青森県知事 宮下宗一郎 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。

添付書類確認票（販売従事登録申請）

申請書のあとに、以下の書類を添付して申請してください。

No.	添付書類名	チェック欄
1	申請者に係る医師の診断書 ※申請者の欠格事項(6)欄に該当する恐れがある者のみ提出が必要です。 ※3か月以内に作成されたもの	
2	雇用関係を証する書類 ※申請者本人が薬局開設者又は医薬品の販売業者である場合は不要です。	
3	販売従事登録のための資格を証する書類 ※下記ア～ウのいずれか ア 登録販売者試験合格者 ・合格を証明する書類の原本 イ 県内(※青森市・八戸市を除く)で薬種商販売業を営んでいた方 ・薬種商販売業に係る許可状況等申出書 ウ 他都道府県等で薬種商販売業を営んでいた方 (※青森市・八戸市含む) ・所管する都道府県又は保健所設置市の発行する証明書原本 ※ウに該当する方は、店舗の許可権限を有する自治体へ証明書の発行方法についてご確認ください。	
4	申請者の戸籍の謄本又は抄本 ※発行から6か月以内のものを提出する。 ※本籍の記載のある住民票の写し(コピー不可)でも差し支えない。 ※登録販売者試験の申請時から氏名又は本籍に変更があった場合は、その経過が分かる戸籍の謄本又は抄本を添付する。	

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

氏 名

電話番号 ()

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	
	名 称	
開設者 氏名		
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)

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。

申請者の欠格事項(6)欄に該当する恐れがある者のみ提出が必要です。
内容に不足がない場合は任意の様式でかまいません。

診 断 書

氏 名

生年月日

年 月 日生

上記の者について、次のとおり診断します。

1 精神機能の障害

該当なし 専門家による判断が必要

専門家による判断が必要な場合において、診断名等を次の欄に記載すること。

診 断 名	
現に受けている 治 療 の 内 容	
現 在 の 状 況	

2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒

なし あり

年 月 日

医療機関の名 称
所在地

医 師 氏 名

印

※医師の氏名については、記名押印（個人印）または自筆による署名のいずれかにより記載すること。

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 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

使用者

氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

住所

被使用者

氏名

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

2 薬局又は医薬品販売業の店舗の所在地

3 許可業態の種別

4 許可番号

(注意)

- 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。
- 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。
- 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。