

県証紙ちょう付欄

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つた後、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。

年 月 日

申請者住所
申請者氏名

山形県知事 殿

連絡先（電話番号） _____ 担当者名 _____

(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。

診 断 書

氏 名		性 別	男 女
生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日	年 齡	歳

上記の者について、下記のとおり診断します。

1 精神機能の障がい (□にチェックしてください。)

- 明らかに該当なし
- 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記載してください。）

2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒 (□にチェックしてください。)

- なし
- あり

診断年月日	年 月 日	※詳細については別紙も可
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	

使用関係（勤務内容）証明書

年 月 日

使用者	住所又は所在地	
	氏名及び代表者	
被使用者 (勤務者)	住 所	
	氏 名	

被使用者（勤務者）は、次のとおりの勤務内容であることを証明します。

勤務場所の名称	所在地	週当たり勤務時間数
週当たりの勤務時間数の合計		

- ※ 週当たりの勤務時間数を決めていない場合は、「不定期」と記入すること。
- ※ 週当たりの勤務時間数の合計は、雇用契約等の勤務時間を超えないこと。なお、「不定期」については、勤務時間数に積算しないこと。
- ※ 欄が不足する場合は、別紙に記載すること。