

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關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  
ふりがな  
申請者氏名  
T E L

鹿児島県知事

殿

# 診 断 書

氏 名

生年月日 年 月 日

精神機能の障害（□にチェックを付けること）

- 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下さい）。

[ ]

麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒（□にチェックを付けること）。

- なし
- あり

上記のとおり診断します。

年 月 日

病院等の名 称

所在地

医師の氏名

## 使用関係を証する書類

下記のとおり、使用関係にあることを証します。

記

1 勤務する薬局，製造所，営業所又は店舗

- ・名称：
- ・所在地：
- ・連絡先(TEL)：

2 勤務時間等

- ・週当りの勤務時間： \_\_\_\_\_ 時間  
※週当たりの勤務時間は、通常の勤務における時間を記入すること。
- ・勤務形態（勤務日時やシフト勤務等を記載すること）

( )

3 業務（下記の該当項目を○で囲むこと）

- ・管理者（薬剤師・登録販売者・その他（ ））
- ・その他の薬剤師（常勤・非常勤・派遣）
- ・その他の登録販売者（常勤・非常勤・派遣）
- ・高度管理医療機器販売業・貸与業管理者
- ・医療機器修理業責任技術者
- ・再生医療等製品販売業管理者
- ・医薬品の販売に従事する者（販売従事登録申請用）

年 月 日

使用者 住所  
〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕

氏名  
〔法人にあつては、名称及び代表者の氏名〕

〒

被使用者 住所

氏名