

滋 賀 県 収 入 証 紙 貼 付 欄 (H26年4月 7,500円)

滋賀県収入証紙は、県内の滋賀銀行・関西みらい銀行の本支店または各地域合同庁舎で販売しています。

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 事 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) 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消されたこと	
	(3) 禁錮以上の刑に処せられたこと	
	(4) 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たこと	
備 考		

上記により、販売従事登録を申請します。

年 月 日 ー

申請者住所

申請者氏名

㊟

TEL ー ー

(あて先)

滋賀県知事

(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、当該事実がないときは「なし」と記載し、あるときは、(1)および欄にあってはその理由および年月日を、(3)欄にあってはその罪、刑、刑の確定年月日およ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、(4)欄にあってはその違反の事実および違反した年月日を記載すること。
- 4 申請者氏名については、記名押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。

# 診 断 書

氏名： 男・女

生年月日： 年 月 日生（ 歳）

上記の者について、次のとおり診断します。

1 精神の機能の障害（□にチェックしてください。）

- 明らかに該当しない  
 専門家による判断が必要

診 断 名	
現在受けている 治療の内容	
現在の状況 (具体的に)	

\*記載できない場合、別紙を添付してください。

2 麻薬、大麻、あへんもしくは覚せい剤の中毒者（□にチェックしてください。）

- いずれにも該当しない  
 該当する

診断年月日： 年 月 日

医療機関等の名称：

医療機関等の所在地：

医療機関等のTEL： ( )

医師の氏名：

印

# 使用関係証書

## 1 被使用者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日生

## 2 勤務場所

店舗の名称 \_\_\_\_\_

店舗の所在地 \_\_\_\_\_

業 種 \_\_\_\_\_

許 可 番 号 \_\_\_\_\_

上記のとおり使用関係にあることを証明します。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

使用 者

氏名 \_\_\_\_\_ 印