

青森県収入証紙

10,000円分を貼る

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	昭和 ●● 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たこと	なし
	(2) 禁錮以上の刑に処せられたこと	なし
	(3) 薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと	なし
	(4) 後見開始の審判を受けていること	なし
備考		

欠格条項に該当する方は、販売登録を受けられない場合があります

上記により、販売従事登録を申請します。

平成●●年●●月●●日

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 三村 申吾 殿



(注意)

- 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とすること。
- 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 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)欄にあつてはその理由及び年月日を、(2)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、または執行を受けることがなくなつた場合はその年月日を、(3)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を、(4)欄にあつては「ある」と記載すること。
- 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載すること。

薬種商販売業に係る許可状況等申出書

青森県知事 三村 申吾 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 017 (734) 9289



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		平成●●年 ●●月 ●●日
廃 止 年 月 日		平成●●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	平成	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。

# 診 断 書

住 所 青森市長島一丁目 1 番 1 号  
氏 名 青森 太郎  
生年月日 昭和●●年●●月●●日

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、あへん若しくは覚せい剤の中毒

なし       あり

平成●●年●●月●●日

医療機関等の名称 ●●診療所  
所在地 青森市造道三丁目 2 5 - 1

医 師 氏 名 八戸 次郎



使用関係証明書

平成●●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 弘前 三郎

代表取締役の印

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

薬種商販売業

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。