販　売　従　事　登　録　申　請　書

※申請者自身が薬局開設者又は医薬品販売業者の場合のみ記入すること

※連絡先の電話番号は必ず記入すること

※添付書類を省略する場合のみ記入すること

※該当がない場合は「なし」と記入

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者の氏名 | 京都　太郎 |
| 申請者の本籍地都道府県名 | 京都府※都道府県名だけの記入とし、外国籍の場合は国籍を記入 |
| 申請者の生年月日 | 昭和○○年○○月○○日※元号で記入し、外国籍の場合は西暦を記入 |
| 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)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 | 　　なし |
| (3)禁錮以上の刑に処せられたこと | 　　なし |
| (4)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 |
| 備　　　　　　　考 | 【添付書類の省略】省略書類、過去の申請等の概要及び提出日【申請者が薬局開設者又は医薬品販売業者の場合】　店舗名称（店舗所在地）（　　　　　　　　　　　　　　）　許可番号 |
| 連絡先（電話番号　○○○－○○○－○○○○　） |

　上記により、販売従事登録を申請します。

　令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

申請者住所　〒△△△－△△△△

京都市上京区□□町１－１

（ふりがな）　　きょうと　たろう

申請者氏名　　京都　　太郎

　京都府知事　様