

愛知県収入証紙を
ここへ貼ってください。
(消印はしないこと。)

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（国籍等）			
申請者の生年月日		昭和 平成 令和	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、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)	拘禁刑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、その違反行為があった日から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って必要な認知、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		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 〒

ふりがな
申請者氏名

愛知県知事殿

(注意)

- 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 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)欄にあってはその理由及び年月日を、(3)欄にあってはその罪、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。