◆◆◆販売従事登録消除申請について◆◆◆

◆　販売従事登録消除申請について

　　　登録販売者が、一般用医薬品の販売又は授与に従事しようとしなくなったときは、

３０日以内に、登録販売者名簿の登録の消除を申請しなければなりません。

　　　登録販売者が死亡し、又は失踪の宣告を受けたときは、戸籍法（昭和２２年法律第２２４号）による死亡又は失踪の届出義務者が申請しなければなりません。

◆　申請に必要な書類

　　（１）販売従事登録消除申請書

　　（２）販売従事登録証（原本）

◆　申請の窓口

　　大阪府健康医療部生活衛生室薬務課医薬品流通グループ（大阪府庁本館６階）

※　現在の住所地が大阪府以外の方については、郵送での申請も受け付けます。

送付先：〒５４０－８５７０

大阪市中央区大手前２－１－２２

大阪府健康医療部生活衛生室薬務課医薬品流通グループ　販売従事登録担当

その他不明な点があれば、大阪府健康医療部生活衛生室薬務課医薬品流通グループ

（TEL：06-6944-7129）までお問い合わせください。

**様式八十六の五**（第百五十九条の十関係）

記　載　例

販売従事登録消除申請書

**字は、ボールペン、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。**

**戸籍に記載どおりの漢字で記入**

|  |  |
| --- | --- |
| 登録販売者の |  |
| 登録番号及び登録年月日 | **２７－○○－○○○○○****平成○○年　○○月　○○日** |
| 消除の理由及び年月日 | **死亡のため****令和○○年　○○月　○○日** |
| 備考**外国籍の方のみ西暦で記入** | （生年月日: | 大　正 | **１２**年　**６**月　**１**日） |
| 昭　和 |
| 平　成 |
| 西　暦 |
|  |

上記により、販売従事登録の消除を申請します。

**令和　　○○**年**○○**月**○○**日

**提出する日を記入**

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　**大阪府大阪市中央区大手前　２丁目△－△**

**○○ハイツ　△△△号室**

**【　注意事項　】**

◎ ***販売従事登録証（原本）を添付***してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　　**届出義務者**

　**大　阪　　月　子**

　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号　**○○－○○○○-○○○○**

大阪府知事　殿

**様式八十六の五**（第百五十九条の十関係）

販売従事登録消除申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 登録販売者 |  |
| 登録番号及び登録年月日 |  |
| 消除の理由及び年月日 |  |
| 備考 | （生年月日: | 大　正 | 年　　　月　　　日） |
| 昭　和 |
| 平　成 |
| 西　暦 |
|  |

上記により、販売従事登録の消除を申請します。

　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

大阪府知事　殿