

**業務分掌表** ※作成上の注意事項※

①記入例1、2を参考に、薬事に関する業務に責任を有する役員（薬事責任役員）の確定図を作成してください。（どちらの様式でも可。）

②履歴事項全部証明書（登記簿謄本）に載っている役員を全て記載してください。

※担当以外の役員もご記入願います。

※代表権のある役員は、全て薬事責任役員に該当。

記入例1（組織図タイプ）

〇〇株式会社の役員業務分掌表

大阪 一郎(代表取締役 会長)		
大阪 太郎(代表取締役 社長)		咲洲 花子(取締役 薬事責任役員)
		浪速 次郎(取締役 △△担当)
		谷町 史郎(取締役 □□担当)

で囲った者が薬事に関する業務に責任を有する役員であることを証明する。

令和〇年〇月〇日  
大阪府大阪市住之江区南港北〇-〇  
〇〇株式会社 代表取締役 大阪 太郎

記入例2（表タイプ）

〇〇株式会社の役員業務分掌表

	氏名	業務内容
◎	大阪 一郎	代表取締役 会長
◎	大阪 太郎	代表取締役 社長
◎	咲洲 花子	取締役 薬事責任役員
	浪速 次郎	取締役 △△担当
	谷町 史郎	取締役 □□担当

◎の者が薬事に関する業務に責任を有する役員であることを証明する。

令和〇年〇月〇日  
大阪府大阪市住之江区南港北〇-〇  
〇〇株式会社 代表取締役 大阪 太郎

# 雇用契約書

勤務時間 午前 時から午後 時まで

休日

勤務場所 〒

他の場所において、薬事に関する業務に従事しないこと

上記のとおり契約する

年 月 日

雇用主住所 〒

ならび氏名

管理者住所 〒

ならび氏名

上記のとおり相違ありません

年 月 日

雇用主氏名

管理者氏名

大阪府知事

様

# 雇用契約書

記入例

勤務時間 午前 9 時から午後 5 時まで

休日 休業日（土曜日、日曜日、祝祭日、会社が指定する休日）

勤務場所 〒XXX-XXXX 大阪市住之江区南港北 X-X-XX 大阪府庁 XX 階

他の場所において、薬事に関する業務に従事しないこと

上記のとおり契約する

令和 ○年 △月 □日

雇用主住所 〒XXX-XXXX 大阪府中央区大手前 2 丁目 大阪府庁 23 階

ならび氏名 大阪 太郎

管理者住所 〒XXX-XXXX 大阪府北区○○○○

ならび氏名 大阪 花子

上記のとおり相違ありません

令和 ○年 △月 □日

雇用主氏名 ○○株式会社

大阪 太郎

管理者氏名 大阪 花子

大阪府知事

様

実務従事証明書

年 月 日

大阪府知事 様

医薬品の販売業者名  
 代表者氏名  
 (許可番号： )  
 管理者氏名

下記の者の実務は、以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日・ 年 月 日) 日)
住 所	〒
店舗、配置又は 卸売販売業の名称	
店舗の所在地、 配置販売業の区域 又は営業所の所在地	

1. 実務期間 : \_\_\_\_\_ 年 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 ( 年 月間)

2. 実務内容 (期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた実務に該当する□にレを記入)

- 主に動物用医薬品の販売等の直接の実務
- 動物用医薬品の販売時の情報提供実務又はその内容を知ることができる実務 (卸売販売業を除く。)
- 動物用医薬品に関する相談対応実務又はその内容を知ることができる実務 (卸売販売業を除く。)
- 動物用医薬品の販売制度の内容等の説明業務又はその内容を知ることができる実務
- 動物用医薬品の管理や貯蔵に関する実務
- 動物用医薬品の陳列や広告に関する実務

3. 実務時間 (該当する□にレを記入)

- 上記1の期間の全ての月にわたり、上記2の実務に1か月に合計80時間以上従事しました。

<記載時の留意点>

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4としてください。
- 2 字は、インク等を用い、楷書で明瞭に書いてください。
- 3 この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付してください。

業務従事証明書

年 月 日

大阪府知事 様

医薬品の販売業者名  
代表者氏名  
(許可番号： )  
管理者氏名

下記の者の実務は、以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日・ 年 月 日)
住 所	
店舗、配置又は 卸売販売業の名称	
店舗の所在地、 配置販売業の区域 又は営業所の所在地	

1. 実務期間 : \_\_\_\_\_ 年 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 ( 年 月間)

2. 実務内容 (期間内に登録販売者として行われた業務に該当する□にレを記入)

- 主に動物用医薬品の販売等の直接の業務
- 動物用医薬品の販売時の情報提供業務 (卸売販売業を除く。)
- 動物用医薬品に関する相談対応業務 (卸売販売業を除く。)
- 動物用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
- 動物用医薬品の管理や貯蔵に関する業務
- 動物用医薬品の陳列や広告に関する業務

3. 実務時間 (該当する□にレを記入)

- 上記1の期間の全ての月にわたり、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事しました。

<記載時の留意点>

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4としてください。
- 2 字は、インク等を用い、楷書で明瞭に書いてください。
- 3 この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付してください。

# 雇用契約書

勤務時間 午前 時から午後 時まで

休日

勤務場所 〒

上記のとおり契約する

年 月 日

雇用主住所 〒

ならび氏名

管理者以外の薬事に関する 〒

実務に従事する者（従事者）

の住所ならび氏名

上記のとおり相違ありません

年 月 日

雇用主氏名

従事者氏名

大阪府知事

様

## 雇用契約書

勤務時間 午前 9 時から午後 5 時まで

休日 休業日（土曜日、日曜日、祝祭日、会社が指定する休日）

勤務場所 〒XXX-XXXX 大阪市住之江区南港北 X-X-XX 大阪府庁 XX 階

上記のとおり契約する

令和 ○年 △月 □日

雇用主住所 〒XXX-XXXX 大阪府中央区大手前 2 丁目 大阪府庁 23 階

ならび氏名 大阪 太郎

管理者以外の薬事に関する 〒XXX-XXXX 大阪市北区〇〇〇〇

実務に従事する者（従事者） 大阪 花子

の住所ならび氏名

上記のとおり相違ありません

令和 ○年 △月 □日

雇用主氏名 ○〇株式会社

大阪 太郎

従事者氏名 大阪 花子

大阪府知事

様

別 紙

最寄駅（主要道路）から販売店までの略図（定規を使用）

---

営業所・店舗の構図（定規を使用し、寸法を明記）



許可申請時必要事項記入用紙（店舗販売業）

1	店舗管理者の氏名及び住所	資格： 薬剤師 ・ 登録販売者 氏名： 住所：
2	店舗管理者以外に店舗において薬事に関する実務に従事する者の氏名及び住所	資格： 薬剤師 ・ 登録販売者 氏名： 住所：
3	取り扱う医薬品の区分	指定医薬品・指定医薬品以外の医薬品
4	特定販売の有無（いずれかに○印）	有 ・ 無
特定販売 「有」 の場合以下を記入（「無」の場合、記入不要）		
5	特定販売に使用する通信手段	
6	特定販売を行う医薬品の区分	指定医薬品・指定医薬品以外の医薬品
7	特定販売を行う医薬品の広告に、申請書に記載した店舗の名称と異なる名称を表示する時は、その名称	
8	特定販売を行おうとする医薬品についてインターネットを利用して広告をするときは、主たるホームページアドレス	

- 1 申請者が自ら管理者となる場合は記入不要
- 4 特定販売：その店舗におけるその店舗以外の場所にいる者に対する医薬品の販売又は授与をいう。具体的にはインターネット、カタログ、ファックス、電話等で広告し、メール、ファックス、電話等で注文、情報提供、相談応需を行う場合等。  
\*特定販売を行わない場合は4の「無」に○印をつけ、4以降の記載は不要
- 5 インターネット、カタログ、ファックス、メール、電話等
- 6 指定医薬品、指定医薬品以外の医薬品のいずれか、又は両方に○印

## 記入例

許可申請時必要事項記入用紙（店舗販売業）

1	店舗管理者の氏名及び住所	資格： <u>薬剤師</u> ・ 登録販売者 氏名： <u>咲洲 次郎</u> 住所： <u>大阪市〇〇区〇〇X丁目 XX-XX</u>
2	店舗管理者以外に店舗において薬事に関する実務に従事する者の氏名及び住所	資格： 薬剤師 ・ <u>登録販売者</u> 氏名： <u>大阪 花子</u> 住所： <u>堺市〇〇区〇〇X丁目 XX-XX</u>
3	取り扱う医薬品の区分	<u>指定医薬品</u> ・ <u>指定医薬品以外の医薬品</u>
4	特定販売の有無（いずれかに○印）	<u>有</u> ・ 無
特定販売 「有」 の場合以下を記入（「無」の場合、記入不要）		
5	特定販売に使用する通信手段	<u>インターネット</u>
6	特定販売を行う医薬品の区分	指定医薬品 ・ <u>指定医薬品以外の医薬品</u>
7	特定販売を行う医薬品の広告に、申請書に記載した店舗の名称と異なる名称を表示する時は、その名称	<u>〇〇〇〇ネットショップ</u>
8	特定販売を行おうとする医薬品についてインターネットを利用して広告をするときは、主たるホームページアドレス	<u>http://abcdefg12345</u>

- 1 申請者が自ら管理者となる場合は記入不要
- 4 特定販売：その店舗におけるその店舗以外の場所にいる者に対する医薬品の販売又は授与をいう。具体的にはインターネット、カタログ、ファックス、電話等で広告し、メール、ファックス、電話等で注文、情報提供、相談応需を行う場合等。  
\*特定販売を行わない場合は4の「無」に○印をつけ、4以降の記載は不要
- 5 インターネット、カタログ、ファックス、メール、電話等
- 6 指定医薬品、指定医薬品以外の医薬品のいずれか、又は両方に○印



年 月 日

大阪府知事 様

雇用者の住 所 〒

氏 名

代表取締役

被雇用者の住 所 〒

氏 名

- 区域管理者 (  薬剤師・ 登録販売者 )  
 実務従事者 (  薬剤師・ 登録販売者・ 一般 )

## 雇用関係証明書

私どもは、下記の条件で雇用関係にあることを証します。

記

1. 配置区域 大阪府
2. 勤務時間 午前 時 分から午後 時 分 まで
3. 休 日

年 月 日

大阪府知事 様

(店舗・営業所) の所在地

(店舗・営業所) の名 称

住 所

氏 名

## 遅延理由書

(変更事項又は業種)

このたび、\_\_\_\_\_を（ 変更・ 廃止）し、30日以内に  
に

(遅延理由)

届出をしなければならないところ、\_\_\_\_\_のため、本日まで  
で

遅延しましたことは、誠に申し訳ありません。

今後は法令を遵守し、再びこのようなことがないよう、十分に注意いたしますので、

今回に限り、よろしくお取り計らい願います。