

◆◆◆販売従事登録申請について（登録販売者試験合格者 用）◆◆◆

◆ 販売従事登録申請に必要な書類

- (1) 販売従事登録申請書
- (2) 申請者が精神機能の障がいがないこと及び麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒者でないことを示す診断書（発行後3ヶ月以内のもの）
- (3) 戸籍謄本、戸籍抄本 又は 戸籍記載事項証明書（発行後6ヶ月以内のもの）
※ 外国籍の方は「住民票の写し」又は「住民票記載事項証明書」を提出してください。
※ 合格証に「本籍地」が記載されており、その「本籍地」に変更がない方は、「本籍記載のある住民票の写し又は住民票記載事項証明書（発行後6ヶ月以内のもの）」でも可。
※ コピーは不可です。
- (4) 申請者が薬局開設者又は医薬品の販売業者でない時は使用関係を証する書類
※ 「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則第159条の7第2項第4号の規定に基づく使用関係を証する書類」
(注)・申請者が薬局開設者又は医薬品の販売業者の場合、「薬局開設許可証又は医薬品販売業許可証の写し」を添付してください。
・申請者が薬局又は医薬品の販売業を開設する法人の役員の場合、法人と申請者との使用関係を証する書類※が必要です。
- (5) 登録販売者試験の合格通知書の原本
(注)・合格通知書の原本はお返しできませんので、ご注意ください。

◆ 販売従事登録申請書の書き方

- (1) 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。
- (2) 申請者の欠格条項の(1)欄から(5)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)(2)欄にあつてはその理由及び年月日を、(3)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った場合はその年月日を、(4)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を、(5)欄にあつては「ある」と記載すること。
- (3) 申請者氏名については、記名押印（シャチハタ不可）又は自筆による署名のいずれかにより記載すること。

◆ 手数料の納め方

7,100円

大阪府証紙を購入し申請書に貼付して薬務課に提出してください。

◆ 申請の窓口

大阪府健康医療部薬務課医薬品流通グループ（大阪府庁本館6階）

代理申請も可能です。

(注) 郵送受付はしておりませんので、ご注意ください。

◆ 販売従事登録証の交付場所

大阪府健康医療部薬務課医薬品流通グループ（大阪府庁本館6階）

※ 標準事務処理期間は2週間です。

その他不明な点があれば、大阪府健康医療部薬務課医薬品流通グループ
(TEL : 06-6944-6360 又は 6572) までお問い合わせください。

大阪府証紙 貼付欄 (7,100円分)	記 載 例
---------------------	--------------

様式第八十六の二 (第百五十九条の七関係)

戸籍に記載どおりの漢字で記入

販売従事登録申請書

大阪
捺印

フリガナ	オオサカ タロウ	
申請者の氏名	大阪太郎	
道府県名	大阪府	
昭和 平成 西暦	58年6月1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) 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) 薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反したこと	なし
	(5) 後見開始の審判を受けていること	なし
備考	<p>医薬品の販売又は授与に従事する薬局又は医薬品の販売業の所在地の市町村 (配置販売業の場合は、「府内一円」と記載下さい)</p> <p>大阪府 大阪 市 町・村</p>	

欠格条項に該当する方は、販売従事登録を受けることができません。

上記により、販売従事登録を申請します。

平成 ○○年 ○○月 ○○日

シャチハタ不可

【 注意事項 】

- ◎ 郵送受付はしていません。
- ◎ 受付から2週間後以降、窓口にて交付します。
- ◎ 合格通知書の原本はお返しできません。必要な方はあらかじめコピーをお願いします。
- ◎ 添付書類の有効期限にご注意ください。

住所 大阪府大阪市中央区大手前 2丁目△-△
○○ハイツ △△△号室

氏名 大阪太郎

電話番号 ○○-○○○○-○○○○

大阪
捺印

診 断 書

氏 名	大 阪 太 郎		年 令	〇〇才
生年月日	大正 昭和 平成	58年 6月 1日		
上記の者について、下記のとおり診断します。				
1. 精神機能の障がい (□にチェックを付けること)				
<input checked="" type="checkbox"/> 明らかに該当なし				
<input type="checkbox"/> 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、診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況 (できるだけ具体的に記載して下さい。(注1))				
2. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒者でない。				
診断年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
病院、診療所又は介護老人保健施設等の				
名 称 ×× 医院				
所 在 地 大阪府〇〇市△△〇〇 △丁目 〇-〇				
Tel. 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 (注2)				
医師の氏名	△△ 〇〇		(印)	(注3)

(注1) 精神機能の障がいの程度・内容により、許可(登録、免許、指定、届出)された業務を行うにあたって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができるかを、専門家の意見を聞いて判断しますので具体的にお書き下さい。

(注2) 必要に応じて、診断書を作成した医師から精神機能の障がいの程度・内容をお聞きする場合がありますので、電話番号は必ず記載して下さい。

(注3) 印鑑は医師の個人印を押印して下さい。

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則
第159条の7第2項第4号の規定に基づく使用関係を証する書類

平成〇〇年〇〇月〇〇日

（申請者氏名） 大阪 太郎 が下記において勤務していることを証明します。

記

勤務場所 名称 大手前薬品店
所在地 大阪府中央区大手前〇-〇-〇〇（注1）
業 種 （薬局・店舗販売業） 一般販売業・薬種商・配置販売業（注2）
許可番号 V〇〇〇〇〇

住 所 法人にあっては、主たる事務所の所在地 大阪府北区中之島〇-〇-〇〇

氏 名 法人にあっては、名称及び代表者の氏名 大阪〇〇薬品株式会社
代表取締役 大阪 次郎

代表
者印

注1：配置従事者の場合、勤務場所の「名称」は記載せず、「所在地」に「大阪府一円」と記載すること。

注2：該当する業種を○で囲むこと

大阪府証紙 貼付欄 (7,100円分)

様式第八十六の二 (第百五十九条の七関係)

販売従事登録申請書

捨印

	フリガナ	
申請者の氏名		
申請者の本籍地都道府県名		
申請者の生年月日		昭和 平成 西暦
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
	(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
	(3)	禁錮以上の刑に処せられたこと
	(4)	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たこと
	(5)	後見開始の審判を受けていること
備考	医薬品の販売又は授与に従事する薬局又は医薬品の販売業の所在地の市町村 (配置販売業の場合は、「府内一円」と記載下さい) 大阪府 _____ 市・町・村 _____	

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

申請者氏名

印

連絡先電話番号

大阪府知事 様

診 断 書

氏 名		年 令	才
生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成		
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1. 精神機能の障がい（口にチェックを付けること）</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p style="margin-left: 40px;">専門家による判断が必要な場合において、診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に記載して下さい。（注1））</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-left: 20px;"></div> <p>2. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒者でない。</p>			
診断年月日	平成 年 月 日		
<p>病院、診療所又は介護老人保健施設等の 名 称</p> <p>所 在 地</p> <p style="text-align: right;">Tel. () (注2)</p>			
医師の氏名		印	(注3)

(注1) 精神機能の障がいの程度・内容により、許可（登録、免許、指定、届出）された業務を行うにあたって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができるかを、専門家の意見を聞いて判断しますので具体的にお書き下さい。

(注2) 必要に応じて、診断書を作成した医師から精神機能の障がいの程度・内容をお聞きする場合がありますので、電話番号は必ず記載して下さい。

(注3) 印鑑は医師の個人印を押印して下さい。

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則
第 159 条の 7 第 2 項第 4 号の規定に基づく使用関係を証する書類

平成 年 月 日

（申請者氏名） _____ が下記において勤務していることを証明します。

記

勤務場所 名 称 _____
所在地 _____ } (注 1)
業 種 (薬局・店舗販売業・一般販売業・薬種商・配置販売業) (注 2)
許可番号 _____

住 所 (法人にあつては、主
たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあつては、名
称及び代表者の氏名)

印

注 1：配置従事者の場合、勤務場所の「名称」は記載せず、「所在地」に「大阪府一円」と記載すること
注 2：該当する業種を○で囲むこと