◆◆◆販売従事登録申請について（登録販売者試験合格者　用）◆◆◆

以下の場合で、登録販売者として業務をされる方の手続きです。
・大阪府内の薬局又は店舗にて一般用医薬品の販売等に従事する場合
・大阪府内で配置販売に従事する場合
※ 一般用医薬品の販売等に従事していない場合は、当該申請を行うことができません。
※ 登録販売者試験の合格通知書に期限はありません。申請まで大切に保管しておいてください。

◆ 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）戸籍謄本、戸籍抄本、戸籍記載事項証明書又は本籍の記載のある住民票の写し※1
若しくは住民票記載事項証明書※1（コピー不可）（発行後６ヶ月以内のもの）

（※１）合格通知書に記載されている氏名又は本籍地都道府県が住民票と異なる場合は、「住民票の写し」又は「住民票記載事項証明書」では申請ができません。
必ず戸籍謄本、戸籍抄本又は戸籍記載事項証明書を提出してください。
日本国籍を有していない場合は、国籍等が記載された「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。
ただし、住民票の写し等は、個人番号（マイナンバー）の記載のないものに限ります。

（３）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〕
（注）使用関係を証する書類は、薬局開設者又は医薬品販売業者が作成してください。

申請者	使用関係を証する書類
薬局開設者又は医薬品販売業者でない場合 (薬局開設者等と雇用関係を結んでいる場合)	**勤務証明書** （別紙大阪府様式を使用してください。）
法人で薬局又は医薬品販売業の許可を受けており、 当該法人の役員（代表取締役を含む）の場合	
個人で薬局又は医薬品販売業の許可を受けている場合	薬局開設許可証の写し または 医薬品販売業許可証の写し

（４）登録販売者試験の合格通知書の原本
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。

（５）医師の診断書（発行後３ヶ月以内のもの）
・提出は原則不要です。
・販売従事登録申請書の「申請者の欠格条項（６）欄※2」に該当するおそれのある場合のみ提出してください。
（※２）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つて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者

◆ **手数料**

7,100 円

申請書を大阪府手数料納付窓口※3に持参の上、手数料を納付してください。納付後、申請書に収納済み印が印字されたものを申請の窓口に提出してください。

（※３）大阪府庁本館１階　りそな銀行大手支店（9：00～17：00）
　　大阪府庁別館１階　手数料納付窓口　　（9：15～12：00、13：00～17：30）

◆ **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）
受付時間　９:00～12:00、13:00～17:00
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）

※ 標準事務処理期間は２週間です。ただし、関西広域連合が実施する登録販売者試験の合格発表直後は申請が集中するため、交付まで概ね３週間ほど要します。

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。

大阪府庁POS　手数料額¥7,100−
2620404880015
販売従事登録手数料:新規

記　載　例

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。

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

		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
年月日		昭・平・西　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、取消しの日から３年を経過していない者	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、取消しの日から３年を経過していない者	なし
	(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つた後、３年を	なし
	(4) 麻薬及び向精神薬取締法、大麻取締法、あへん法、覚せい剤取締法、毒物及び劇物取締法又は薬事法で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反し、その違反行為があつた日から２年を経過していない者	なし
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	なし
	(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つて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者	なし
	(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	なし
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　大阪　市・町・村

ある場合
その理由及び年月日を記入

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

その違反の事実及び違反した年月日

当該事実がないときは「なし」と記入

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がいに係る医師の診断書を添付

外国籍の方は国籍・地域を記入

外国籍の方のみ西暦で記入

【　注意事項　】

◎ ***郵送受付はしておりません。***

◎ 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。

住所　大阪府大阪市中央区大手前　2丁目△－△
〇〇ハイツ　△△△号室

申請者氏名　大　阪　太　郎

連絡先電話番号　〇〇－〇〇〇〇-〇〇〇〇

大阪府知事　様

大阪府様式（販売従事登録申請用）

勤務証明書

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　大阪市中央区大手前〇－〇－〇〇　（注１）

　　業　　種（薬局・店舗販売業・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）　大阪市北区中之島〇―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

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：該当する業種を〇で囲むこと

大阪府庁POS　手数料額¥7,100−

2620404880015

販売従事登録手数料：新規

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

		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　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つた後、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、その違反行為があつた日から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つて必要な認知、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		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。

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　様

大阪府様式（販売従事登録申請用）

勤務証明書

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・薬種商・配置販売業）（注２）

許可番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所　（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏　名　（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

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：該当する業種を〇で囲むこと