**動物用医薬品販売従事登録申請書**

　　　年　　月　　日

大阪府知事　殿

住　所　〒

氏　名

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第３６条の８第２項の規定により動物用医薬品販売従事登録を受けたいので，下記により申請します。

記

１　氏名

２　申請者の本籍地都道府県名

３　申請者の生年月日

４　申請者の性別

５　申請者が法第５条第３号イからトまでに該当することの有無

６　参考事項

連絡先電話番号

備考

記の５には、該当しない場合は「該当しない」と記載し、該当する場合には、該当する事案の概要を記載すること。

****

**記入例**

**動物用医薬品販売従事登録申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 **令和　○年　△月　△日**

大阪府知事　 殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒**○○○－○○○○**

自宅住所

 　　　　　　　住　所　**大阪市北区△△△**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　**咲洲　こすも**

必ず個人名

 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第３６条の８第２項の規定により動物用医薬品販売従事登録を受けたいので，下記により申請します。

記

法第５条第３号

イ　第七十五条第一項の規定により許可を取り消され、取消しの日から三年を経過していない者

ロ　第七十五条の二第一項の規定により登録を取り消され、取消しの日から三年を経過していない者

ハ　禁錮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、三年を経過していない者

ニ　イからハまでに該当する者を除くほか、この法律、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二年を経過していない者

ホ　麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者

ヘ　心身の障害により薬局開設者の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令（動物用医薬品等取締規則第２条）で定めるもの

ト　薬局開設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

１　氏　　名

　　　　　　　　　**咲洲　こすも**

２　請者の本籍地都道府県名

　**大阪府**

３　請者の生年月日

　　　　　　　　　**平成〇〇年○月○日**

４　申請者の性別

　　　　　　　　　**女　or　男**

５　申請者が法第５条第３号イからトまでに該当することの有無

　　　　　　　　　**該当しない**

６　参考事項

連絡先電話番号　**06-XXXX-XXXX**

**・人用の販売従事登録だけでは、動物用医薬品を取り扱うことはできません。**

**・複数の都道府県において販売従事登録を行うことはできません。**