

販売従事登録申請について

1. 対象者

薬事法第36条の4第1項の規定に基づき都道府県知事が行う試験に合格した者及び薬事法の一部を改正する法律（平成18年法律69号）完全施行日前に旧法第28条第1項の規定に基づき薬種商販売業の許可を受けた者（当該許可の申請者が法人であるときは、同条第2項に規定するその業務を行う役員及び政令で定めるこれに準ずる者とする）のうち、高知県内において一般用医薬品の販売等の業務に従事する者。

2. 提出書類等

(1) 申請手数料及び提出部数

手数料：7,100円（高知県収入証紙）

提出部数：申請書・添付書類各1部

(2) 申請書類等

- ・ 販売従事登録申請書（様式86の2：別紙1）
- ・ 添付書類
 - ア. 登録販売者試験に合格したことを証明する書類（原本）
 - イ. 戸籍謄本または抄本（発行日より6ヶ月以内、原本）
 - ウ. 麻薬等中毒者でないこと等を示す医師の診断書（発行日より3ヶ月以内、原本）（別紙2）
 - エ. 薬局開設者又は医薬品の販売者でない場合は使用関係を示す書類（参考様式：別紙3）

(3) 薬種商の登録について

改正法附則第7条の規定に基づき登録販売者試験に合格したとみなされた薬種商の登録については、上記（3）アの書類の代わりに、以下の書類を添付すること。

- ・ 現に薬種商の許可を受けている場合、薬種商販売業許可証写し（県外の許可については、当該都道府県知事の証明書）
- ・ 過去に薬種商の許可を受けていたことを証明する書類（県外の許可については、当該都道府県知事の証明書）
- ※ 薬種商販売業の許可を法人で受けている場合は、申請者が適格者であることが確認できる書類を添付すること。
- ※ 高知県内で薬種商販売業の許可を受けている場合、又は過去に受けていた場合は、上記書類は必要ありません。

(4) 申請書等の提出先：

高知県健康福祉部医療薬務課 薬事指導

電話：088-823-9682

- ※ 県外在住など郵送にて申請される場合は、封筒の表に「販売従事登録申請書在中」と朱書きし、必ず簡易書留による郵送にて提出すること。

（〒780-8570 高知県高知市丸ノ内1-2-20）

3. 留意事項

申請後、販売従事登録証を交付しますが、薬事法の一部を改正する法律（平成18年法律第69号）が全面施行（平成21年6月予定）されるまで、登録販売者として従事することはできません。

4. その他の注意事項

(1) 複数登録の禁止

販売従事登録は、複数の都道府県での登録は認められません。最初に一般用医薬品の販売に従事する都道府県で登録することを標準とし、販売従事登録を行った都道府県以外の都道府県においても、一般用医薬品の販売等に従事することは認められません。なお、その場合には初めに登録した都道府県の登録番号を使用してください。

(2) 販売従事登録の変更

本籍地や氏名など、都道府県の登録販売者名簿に変更があった場合、変更があった日から30日以内に、登録した都道府県へ登録販売者名簿登録事項変更届書を提出する必要があります。

併せて、販売従事登録証の書換交付申請を行うことにより、登録証の書換えを行うことができます。（手数料：高知県収入証紙2,000円）

(3) 販売従事登録証の再交付

販売従事登録証を紛失したり、汚損した場合は、登録証の再交付を申請することができます。（手数料：高知県収入証紙2,900円）

(4) 販売従事登録の消除

販売従事登録を行った後、登録販売者が一般用医薬品の販売に従事しなくなった場合（死亡した場合等）は、30日以内に登録消除の申請が必要になります。

なお、死亡や失踪の場合は、法定届出義務者が申請の手続きを行ってください。

(5) 販売従事登録証の記載文字について

販売従事登録証に記載する氏名等の文字は、電算処理可能な文字（JIS第一、第二水準）とします。したがって、旧字体の場合等は戸籍記載の文字と登録証記載の文字とが異なる場合があります。

販売従事登録申請書

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		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たこと	
	(2) 禁錮以上の刑に処せられたこと	
	(3) 薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと	
	(4) 後見開始の審判を受けていること	
備考		

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

印

高知県知事 殿

（注意）

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 申請者の欠格事項の(1)欄から(4)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)欄にあつてはその理由及び年月日を、(2)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、(3)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を、(4)欄にあつては「ある」と記載すること。
- 4 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載すること。

診 断 書

氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日		年 齢	
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神障害 精神機能の障害 <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p>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内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に。詳細については別紙も可）</p> <p>2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>			
診 断 年 月 日			
医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称		
	所 在 地	TEL.	
	氏 名	印	

*各項目について、該当する欄（）にチェック印をつけてください。

<薬事法に基づく許可申請用>

雇 用 関 係 証 明 書

平成 年 月 日

雇 用 者 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

被雇用者 住 所
氏 名 印

下記のとおり、雇用関係にあることを証明します。

記

- 1 勤務店舗
店舗名称

所在地

種別 (許可番号)
- 2 業務の内容
薬事法に基づく一般用医薬品の販売業務
- 3 勤務時間及び休日
勤務時間 時 分 から 時 分

休 日

(注意)

配置販売業者の場合、「1 勤務店舗 店舗名称」は記載不要であり、「所在地」については、高知県一円(配置販売業の区域)と記入してください。