

販売従事登録申請の手続案内

1 手続対象者

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1項の規定に基づく試験（以下「登録販売者試験」という。）に合格した者のうち、本県内において業務に従事しようとする者

本県以外で業務に従事する場合は、従事する都道府県にお問い合わせください。

2 申請先

従事しようとする店舗等の所轄保健所

- ・村山保健所 保健企画課医薬事担当（山形市十日町1-6-6）
TEL 023-627-1248
- ・最上保健所 保健企画課企画調整・地域医療担当（新庄市金沢字大道上2034）
TEL 0233-29-1256
- ・置賜保健所 保健企画課医薬事担当（米沢市金池七丁目1-50）
TEL 0238-22-3872
- ・庄内保健所 保健企画課医薬事担当（三川町大字横山字袖東19-1）
TEL 0235-66-4738

3 申請書類等

(1) 販売従事登録申請書(様式第86の2) 1部

(2) 添付書類各1部

- ・登録販売者試験に合格したことを証する書類（原本）
- ・戸籍謄本、戸籍抄本、戸籍記載事項証明書、本籍の記載のある住民票の写しのいずれか
※登録販売者試験の申請時から氏名又は本籍に変更があった者については、戸籍謄本、戸籍抄本、戸籍記載事項証明書のいずれか
※日本国籍を有していない者については、住民票の写し又は住民票記載事項証明書（6ヶ月以内のもの）
- ・精神の機能の障害により適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができないおそれがある場合は当該申請者に係る精神の機能の障害に関する医師の診断書（3ヶ月以内のもの）【該当者のみ】
- ・薬局開設者又は医薬品の販売業者でないときは、雇用契約書の写し又は業務に従事する店舗の開設者との使用関係を示す書類

(3) 手数料10,000円(山形県収入証紙)

(4) 返信用封筒、切手【販売従事登録証の郵送を希望する場合のみ】

- ・送付先の郵便番号、住所、氏名を記載した返信用封筒（角形2号）に440円分の切手を貼付し提出すること。

4 申請にあたっての注意事項

(1) 申請者の氏名

戸籍上の氏名を正確に記入すること。

(2) 申請者の本籍地都道府県

本籍地都道府県名のみ記入すること。外国籍の者の場合は、国籍名を記入すること。

(3) 申請者の生年月日

日本国籍の者は元号で、外国籍の者は西暦で記載すること。

(4) 申請者の性別

該当する方に○を付すこと。

(5) 申請者住所

申請者住所については、県内の者は市町村名から、県外の者は都道府県名から、現住所を記入すること。

(6) 申請者氏名

申請者氏名については、記名又は自筆による署名のいずれかにより記載すること。

(7) 添付書類

添付書類は、原本のみ認めることとする。

5 販売従事登録証の交付

(1) 申請を受理し、販売従事登録を行った後、販売従事登録証を交付する。交付までの期間の目安は申請受理から15日（土日を含まず）とする。

(2) 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)とする(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る)。

6 留意事項

(1) 販売従事登録は、1つの都道府県でのみ登録を行えば良いこととなっており、登録販売者として2ヶ所以上の店舗に勤務する場合や、異なる都道府県へ異動する場合等においても、当該登録により医薬品販売業務に従事することができるものであること。

(2) 都道府県の登録販売者名簿の記載事項に変更があった場合(氏名や本籍都道府県の変更)は、登録した都道府県へ名簿登録事項の変更を届け出る必要があるため、変更

が生じた日から30日以内に手続を行うこと。

- (3) 販売従事登録証を紛失したり汚損したりした場合は、登録証の再交付申請を行うことができる。
- (4) 販売従事登録後、医薬品販売業務に従事しなくなった場合(他の業務に従事する場合や、死亡した場合等)は、登録消除の申請が必要となるので、30日以内に手続を行うこと(死亡や失録の場合は、法定届出義務者が手続を行うこと)。
- (5) 診断書及び使用関係証明書の例を示しますので利用してください。なお、記載内容に不足がなければ任意の書式でも結構です。

県証紙貼付欄

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

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、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) 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、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		

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

(TEL

)

山形県知事 殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、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(7)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)欄及び(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、又は執行を受けることがなくなつ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記載すること。また、(6)欄に該当するおそれがある者については、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害に関する医師の診断書を添付すること。

診 断 書

氏 名		性 別	男 女
生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日	年 齡	歳

上記の者について、下記のとおり診断します。

精神機能の障害 (□にチェックしてください。)

- 明らかに該当なし
- 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ください。）

診断年月日	年 月 日	※詳細については別紙も可
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	

