

販 売 従 事 登 録 申 請 書

事 項	販売従事登録を受けようとするとき
根 拠 法 令	法 律 第 36 条の 8 施行規則 第 159 条の 7 施行細則 第 6 条
提 出 部 数	2 部（1 部薬事管理課、1 部保健福祉事務所、長野市保健所又は松本市保健所）
添 付 書 類	1. 申請者が登録販売者試験に合格したことを証する書類（合格証書）の原本 2. 申請者の戸籍謄本、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（マイナンバー記載のないもの）もしくは住民票記載事項証明書（同左）。 ただし、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、戸籍抄本又は戸籍記載事項証明書とする。また、日本国籍を有していない者については、住民票の写し（マイナンバー記載のないもの）又は住民票記載事項証明書（同左）とする。 ※上記について、いずれも発行後 6 ヶ月を経過していないものであって、氏名、生年月日、男女の別及び国籍等を記載したものに限る。 3. 申請者が精神の機能の障害により業務を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者である場合は、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（発行後概ね 3 ヶ月以内のもの） 4. 申請者が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使用関係を証する書類
手 数 料	8, 8 0 0 円（長野県収入証紙、またはオンライン決済による納入※） ※オンライン決済による納入の場合であっても、申請書面の提出が必要です。 ※オンライン決済による納入の場合は、以下の QR コードから利用者側 URL にアクセスし、ながの電子申請サービスにより「支払の申込み」行うこと。 なお、ながの電子申請サービスの利用にあたっては、利用者登録が必要です。 ①支払の申込みを行うと申込完了通知メールが届く ②申込完了通知メールに記載された整理番号を申請書に記載する ③県が支払申請を受理すると申請者に支払方法の案内メールが届く ④支払方法の案内メールに従い手数料の納入を行う (https://apply.e-tumo.jp/pref-nagano-u/offer/offerList_detail?tempSeq=72922) 
そ の 他	1. 添付書類の 1、2 及び 3 については、提出する 2 部のうち、正本に原本を添付すれば、副本にはその写しを添付することで差し支えないこと。 2. 薬種商販売業の許可を取得している（取得していた）者については、販売従事登録申請書の備考欄に「薬種商販売業許可取得」又は「過去に薬種商販売業許可取得」と記載すること。 3. 旧姓併記を希望する場合は、希望する旧姓を使用していたことがわかる戸籍謄（抄）本を添付すること。現在の戸籍に記載されている事項だけでは確認できない場合は、従前戸籍の謄（抄）本を添付すること。

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)	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			

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^{ふりがな}氏 名

長野県知事

殿

診 断 書

住 所

氏 名

年 月 日生

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

☐ 明らかに該当しない ☐ 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（特に、薬事に関する業務を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るかについて具体的に）

年 月 日

病院診療所の
所在地及び名称

医 師

(薬局・店舗販売業)

証 書

私どもは下記事項を条件として雇用関係にあることを証します。

年 月 日

雇用者 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)

被用者 住所

氏名

記

1 業 務 店舗管理者 その他の登録販売者

2 勤務時間 午前・午後 時 分～午前・午後 時 分
(週 時間勤務)
(月 日勤務)

3 休 日

4 勤務場所 住所

名称

業態

(許可番号：)

(配置販売業)

証 書

私どもは下記事項を条件として雇用関係にあることを証します。

年 月 日

雇用者 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)

被用者 住所

氏名

記

1 業 務 区域管理者 その他の登録販売者

2 勤務時間 午前・午後 時 分～午前・午後 時 分
(週 時間勤務)
(月 日勤務)

3 休 日

4 営 業 所 住所

(TEL - -)

名 称