

※人用の販売従事登録では、動物用医薬品を取り扱うことはできません。動物用の登録が必要です。

### 動物用医薬品販売従事登録申請書

現在の知事名を記入ください。

書類を持参する日（郵送の場合は投函する日付）を記入ください。

平成 29 年 4 月 1 日

千葉県知事 鈴木 栄治 様

自筆であれば印鑑は不要です。自筆でなければ個人印を捺印ください。

住所 千葉県市川市〇〇

氏名 販売 一郎

印

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 販売 一郎

2 申請者の本籍地都道府県名 千葉県

※他の都道府県で登録されている場合は、本県で新たに登録する必要はありません。

3 申請者の生年月日 昭和〇〇年×月△日

4 申請者の性別 男

5 参考事項  
連絡先:043-〇〇〇-××××

#### <①証明書類について>

- ・動物用医薬品登録販売者試験に合格している場合:  
⇒動物用医薬品登録販売者試験合格通知書
- ・(人体用医薬品)登録販売者試験に合格している場合:  
⇒合格通知書の写しまたは合格証明書
- ・(人体用医薬品)販売従事登録証の交付を受けている場合:  
⇒医薬品販売従事登録証の写し

①~④の添付書類を忘れずに提出ください。

添付書類 ①動物用医薬品登録販売者試験等に合格したことを証明する書類  
(登録販売者試験合格通知の写し又は合格証明書)

②戸籍抄本又は謄本

③誓約書及び診断書

④医薬品の販売業者でない場合は、雇用契約書

2~3ページ参照

4ページ参照

## 誓 約 書

平成 29年 3月 〇日

千葉県知事 **鈴木 栄治** 様

現在の知事名を記入ください。

個人印を捺印ください。

住 所 **千葉県市川市〇〇**

氏 名 (法人にあつては名称及び代表者の氏名) 印

**販売 一郎**

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（以下「医薬品医療機器等法」という。）第5条第3号に該当することの有無に関し、下記のとおり相違ないことを誓約します。

記

1 住所及び氏名

住所 **千葉県市川市〇〇**

氏名 **販売 一郎**

2 医薬品医療機器等法第5条第3号イに該当の有無 **該当しない**

3 医薬品医療機器等法第5条第3号ロに該当の有無 **該当しない**

4 医薬品医療機器等法第5条第3号ハに該当の有無 **該当しない**

5 医薬品医療機器等法第5条第3号ニに該当の有無 **該当しない**

6 医薬品医療機器等法第5条第3号ホ中成年被後見人に該当の有無 **該当しない**

7 医薬品医療機器等法第5条第3号ヘに該当の有無 **該当しない**

参考

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 イからハマ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（昭和二十五年法律第三百三号）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 成年被後見人又は麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒者

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で定めるもの

## 診 断 書

氏 名 千葉県市川市〇〇 性別 男

住 所 販売 一郎

生年月日 昭和〇〇年 ×月 △日 年齢 ××

上記の者について、下記のとおり診断します。

1 精神機能の障害 : なし ・ あり

ありの場合、具体的な状況 :

※詳細については別紙も可

2 麻薬・大麻・あへん・覚せい剤の中毒 : なし ・ あり

概ね3ヵ月位内のものを用意ください。

診断年月日 平成29年 3月 〇日

病院・診療所名 ××医院

所在地 松戸市〇×

医師 医師 二郎

印

申請者が医薬品販売業者でない時の添付書類

# 雇用証書

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。

平成 29 年 3 月 〇 日

法人は登記時に登録した代表者印を捺印ください。

雇用者 住所 千葉県千葉市中央区市場町1-1  
氏名 株式会社ドーヤク  
代表取締役 千葉 太郎



※ 雇用主が法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称、代表者名を記載

被雇用者 住所 千葉県市川市〇〇  
氏名 販売 一郎

個人印を捺印ください。



## 記

兼務する業務がある場合、全てにチェックを入れて下さい。

1 業務内容 ※該当するものにチェック

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 管理薬剤師              | <input type="checkbox"/> 実務従事薬剤師     |
| <input checked="" type="checkbox"/> 管理登録販売者 | <input type="checkbox"/> 実務従事登録販売者   |
| <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器営業管理者      | <input type="checkbox"/> 管理医療機器営業管理者 |

2 勤務場所

所在地 ドーヤクショップ 千葉店

名称 千葉市花見川区三角町〇〇

3 勤務時間 10時00分 から 17時00分

4 休日 土曜日、日曜日

5 備考