

◆◆◆はじめて配置販売業をされる方へ◆◆◆

- 1 配置販売業とは
一般用医薬品を、配置により販売し、又は授与する業務です。
- 2 許可申請書の提出先について
最終ページを参照してください。
なお、申請前に申請先にお問い合わせ願います。
- 3 許可を受けるために必要な条件（詳細は、兵庫県薬局等許可申請基準及び指導基準を参照）
 - (1) 配置しようとする区域において、管理者（区域管理者）を設置すること。
 - (2) 配置しようとする区域において、医薬品の配置の業務を行う体制が定められた基準に適合していること。
 - (3) 申請者（申請者が法人であるときは、薬事に関する業務に責任を有する役員を含む）が医薬品医療機器等法で定められた欠格条項に該当しないこと。
- 4 申請手数料
29,000円（兵庫県収入証紙を購入してください。）
- 5 その他
既に他の都道府県で既存配置販売業の許可を取得している方が兵庫県で許可申請を行う場合は、既存配置販売業として許可申請を行うことが可能です。
詳細は上記2の許可申請書提出先にお問い合わせください。

6 許可申請に必要な提出書類一覧（◎は必要書類 ○は該当する場合は必要）

提出書類	個人で申請する場合	法人で申請する場合
①配置販売業許可申請書 ^{※1}	◎	◎
②履歴事項全部証明書（発行後3か月以内のもの）		◎
③管理者及びその他の薬剤師・登録販売者の「氏名」「住所」「週当たりの勤務時間数」「薬剤師名簿の登録番号及び登録年月日又は販売従事登録の登録番号及び登録年月日」を記載した書類 ^{※2}	◎	◎
④管理者の使用関係証書 ^{※3}	○	◎
⑤その他薬剤師・登録販売者の使用関係証書 ^{※4}	○	○
⑥勤務表 ^{※5}	◎	◎
⑦体制省令で求められている指針・手順書	◎	◎
⑧資格を証する書類 ^{※6}	◎	◎
⑨申請者が精神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のみ申請者の医師の診断書（発行後3か月以内のもの）	○	○

※1 配置販売業許可申請書

- ・ 所定の様式（別紙1）を用いて作成してください。

※2 管理者及びその他薬剤師・登録販売者の「氏名」「住所」等を記載した書類

- ・ 所定の様式（別紙2）を用いて作成してください。

※3 管理者の使用関係証書

- ・ 使用関係証書は雇用契約書の写し（原本を持参してください。）又は雇用証書（原本に限る）が必要です。ただし申請者が管理者を兼務する場合は次のとおりとします。
 - ア 申請者が個人の場合で管理者を兼務する場合は不要です。
 - イ 申請者が法人の場合で取締役（執行役）が管理者を兼務する場合には、当該区域を实地に管理させる旨の誓約書（別紙3）を提出してください。

※4 その他薬剤師・登録販売者の使用関係証書

- ・ その他薬剤師・登録販売者を雇用する場合は提出してください。
- ・ 開設者（法人の場合は取締役（執行役））が兼務する際は不要です。

※5 勤務表

- ・ 所定の様式（別紙4）を用いて作成してください。
- ・ 薬剤師・登録販売者が1名の場合であっても提出してください。

※6 資格を証する書類

- ・ 薬剤師の場合：薬剤師免許証の原本（窓口で確認後、返却します。）。
- ・ 登録販売者の場合：販売従事登録証の原本（窓口で確認後、返却します。）。

区域管理者については、以下の書類をあわせて提出してください。

管理者		要件	提出書類
薬剤師		—	—
登録販売者	第二類、第三類医薬品のみ扱う場合（右のいずれかの要件に該当）	ア 過去5年のうち2年以上の業務（実務）従事経験がある	業務（実務）従事証明書 ^{※9} の原本（窓口で確認後、返却します。）
		イ 通算2年以上の業務（実務）従事経験及び店舗管理者等としての業務経験がある	業務（実務）従事証明書の原本（窓口で確認後、返却します。）又は業務（実務）経験確認書 ^{※10}
		ウ 通算5年以上の業務（実務）従事経験及び研修の受講実績がある	ウについては、加えて研修の受講済証（窓口で確認後、返却します。）
	特定管理医療機器を販売する場合	医療機器基礎講習受講者等	① 医療機器の販売管理者の氏名及び住所を記載した書類（申請書備考欄に記載でもよい） ② 「医療機器基礎講習」修了証等の写し及び原本（窓口で確認後、返却します。）

※7 登録販売者として業務に従事したことを証明する場合は「業務従事証明書」（別紙5）を提出してください。一般従事者として実務に従事したことを証明する場合は「実務従事証明書」（別紙6）を提出してください。

証明書には、月ごとの一般用医薬品に係る勤務時間がわかる書類を添付した上で、必要に応じて勤務簿の写し等を添付してください。

※8 確認書（別紙7、8）については、申請者が責任を持って確認して作成してください。

証明書には、月ごとの一般用医薬品に係る勤務時間がわかる書類を添付した上で、必要に応じて勤務簿の写し等を添付してください。

7 配置販売業許可申請書記載例

様式第八十三（第百四十八条関係）

配置販売業許可申請書

営業の区域		兵庫県一円	
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要		別紙のとおり	
(法人にあつては)薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名		〇〇 〇〇、□□ □□、△△ △△	
通常の営業日及び営業時間		月～金 〇時～〇時 土 〇時～〇時	
相談時及び緊急時の連絡先		080-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
申請者（法人にあつては、薬事に関する業務に責任を有する役員を含む。）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	全員なし
	(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	全員なし
	(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	全員なし
	(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	全員なし
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	全員なし
	(6)	精神の機能の障害により配置販売業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	全員なし
	(7)	配置販売業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	全員なし
備考	店舗において販売し、又は授与する医薬品の区分	<input type="checkbox"/> 第一類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第二類医薬品	<input checked="" type="checkbox"/> 指定第二類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第三類医薬品
	兼営事業の種類	<input type="checkbox"/> 医薬部外品の販売 <input checked="" type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 化粧品の販売 <input type="checkbox"/> なし
	その他特記事項		

上記により、配置販売業の許可を申請します。

令和 〇年 〇月 〇日

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)

〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇〇
 株式会社〇〇〇〇
 代表取締役 〇〇 〇〇

兵庫県知事 様

[連絡先] 担当者名：
 電話番号：
 メールアドレス：

添付書類様式一覧

- 別紙 1 配置販売業許可申請書
- 別紙 2 管理者及びその他の薬剤師・登録販売者について
- 別紙 3 誓約書
- 別紙 4 勤務表
- 別紙 5 業務従事証明書
- 別紙 6 実務従事証明書
- 別紙 7 業務従事確認書
- 別紙 8 実務従事確認書
- その他 雇用証書の例
月ごとの勤務時間がわかる書類の例（勤務状況報告書）

配置販売業許可申請書

営業の区域		
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要		
(法人にあつては)薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名		
通常の営業日及び営業時間		
相談時及び緊急時の連絡先		
申請者（法人にあつては、責任を有する役員を含む。）の欠格条項 責任を有する役員を含む。	(1)	法第75条第1項の規定により許可を取り消され、取消の日から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配置販売業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)	配置販売業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	店舗において販売し、又は授与する医薬品の区分	<input type="checkbox"/> 第一類医薬品 <input type="checkbox"/> 指定第二類医薬品 <input type="checkbox"/> 第二類医薬品 <input type="checkbox"/> 第三類医薬品
	兼営事業の種類	<input type="checkbox"/> 医薬部外品の販売 <input type="checkbox"/> 化粧品の販売 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし
	その他特記事項	

上記により、配置販売業の許可を申請します。

令和 年 月 日

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)

兵庫県知事 様

[連絡先] 担当者名：
 電話番号：
 メールアドレス：

配置販売業許可申請書（記載時の留意点）

- 用紙の大きさはA4とし、字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと記載してください。
- ① 営業の区域
 - 「兵庫県一円」と記載してください。
- ② 医薬品の販売又は授与を行う体制の概要
 - 「別紙のとおり」と記載し、「薬局並びに店舗販売業及び配置販売業の業務を行う体制を定める省令」で規定されている「指針」「手順書」を別紙で添付してください。申請時には、指針・手順書とそれらの概要を示すもの（下記例参照）を提出してください。
- ③ 配置販売業者の薬事に関する業務に責任を有する役員（責任役員）の氏名
 - 代表取締役（代表執行役）は全ての業務の決定権があるため、全員が責任役員となります。
通常の日営業日及び営業時間
 - 「月～金9時～18時、土9時～14時」のように営業日・営業時間を記載してください。
相談時及び緊急時の連絡先
 - 原則として電話番号を記載し、必要に応じてメールアドレス等も記載してください。
- ④ 申請者の欠格事項
 - (1)欄から(7)欄までには、当該事実がないときには「なし」（申請者が法人の場合で責任役員が複数いる場合は「全員なし」と記載してください。当該事実があるときは(1)(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、刑の確定年月日およびその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(4)欄にあつては許可の取り消し・業務停止等の不利益処分があつた場合、その違反の事実および年月日を記載してください。また、(6)欄に該当するおそれがある者については、「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してください。
- ⑤ 区域において販売し、又は授与する医薬品の区分
 - 医薬品の区分について、該当する箇所に印（）をつけてください。
- ⑥ 兼営事業の種類
 - 兼営事業について、該当する箇所に印（）をつけてください。
- ⑦ 申請年月日
 - 申請書を提出する日付を記載してください。
- ⑧ 申請者の住所、氏名
 - 個人の場合は現住所、法人の場合には登記された本社の所在地を記載してください。
 - 個人の場合は、個人名を記載し、法人の場合には登記された商号および代表取締役名を記載してください。
- ⑨ 連絡先
 - 担当者名、電話番号及びメールアドレスを記載してください。

管理者及びその他の薬剤師・登録販売者について

【管理者】

氏名（ふりがな）				照合印
住 所	〒			(受付時使用欄)
週当たりの勤務時間数	時間	資格の種別	薬剤師・登録販売者	
薬剤師名簿又は 販売従事登録番号		薬剤師名簿又は 販売従事登録年月日		

【その他薬剤師又は登録販売者】

1	氏名（ふりがな）				照合印
	住 所	〒			(受付時使用欄)
	週当たりの勤務時間数	時間	資格の種別	薬剤師・登録販売者 ・ 研修中の登録販売者	
	薬剤師名簿又は 販売従事登録番号		薬剤師名簿又は 販売従事登録年月日		
2	氏名（ふりがな）				
	住 所	〒			(受付時使用欄)
	週当たりの勤務時間数	時間	資格の種別	薬剤師・登録販売者 ・ 研修中の登録販売者	
	薬剤師名簿又は 販売従事登録番号		薬剤師名簿又は 販売従事登録年月日		
3	氏名（ふりがな）				
	住 所	〒			(受付時使用欄)
	週当たりの勤務時間数	時間	資格の種別	薬剤師・登録販売者 ・ 研修中の登録販売者	
	薬剤師名簿又は 販売従事登録番号		薬剤師名簿又は 販売従事登録年月日		
4	氏名（ふりがな）				
	住 所	〒			(受付時使用欄)
	週当たりの勤務時間数	時間	資格の種別	薬剤師・登録販売者 ・ 研修中の登録販売者	
	薬剤師名簿又は 販売従事登録番号		薬剤師名簿又は 販売従事登録年月日		

様

本社住所

法人名称

代表取締役

誓 約 書

(氏名)

代表取締役

弊社は、取 締 役

を区域管理者として下記の条件で管理させることを誓約しま

す。

記

1. 勤務時間

時間/週

2. 休 日

[連絡先]

担当者名 :

電話番号 :

メールアドレス :

勤務表

営業時間		[営業時間表示欄]											
時間		9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	計
月	開店時間												
	特定販売時間												
	OTC販売時間												
	要指導又は第一類販売時間												
	要指導販売時間												
	第一類販売時間												
	薬剤師勤務時間												
	登録販売者勤務時間												
火	開店時間												
	特定販売時間												
	OTC販売時間												
	要指導又は第一類販売時間												
	要指導販売時間												
	第一類販売時間												
	薬剤師勤務時間												
	登録販売者勤務時間												
水	開店時間												
	特定販売時間												
	OTC販売時間												
	要指導又は第一類販売時間												
	要指導販売時間												
	第一類販売時間												
	薬剤師勤務時間												
	登録販売者勤務時間												
木	開店時間												
	特定販売時間												
	OTC販売時間												
	要指導又は第一類販売時間												
	要指導販売時間												
	第一類販売時間												
	薬剤師勤務時間												
	登録販売者勤務時間												
金	開店時間												
	特定販売時間												
	OTC販売時間												
	要指導又は第一類販売時間												
	要指導販売時間												
	第一類販売時間												
	薬剤師勤務時間												
	登録販売者勤務時間												
土	開店時間												
	特定販売時間												
	OTC販売時間												
	要指導又は第一類販売時間												
	要指導販売時間												
	第一類販売時間												
	薬剤師勤務時間												
	登録販売者勤務時間												
日	開店時間												
	特定販売時間												
	OTC販売時間												
	要指導又は第一類販売時間												
	要指導販売時間												
	第一類販売時間												
	薬剤師勤務時間												
	登録販売者勤務時間												

店舗名称	
許可番号	

開店時間(1週間あたり)			
開店時間	0	時間	①
OTC販売時間	0	時間	②
要指導又は第一類販売時間	0	時間	③
要指導販売時間	0	時間	④
第一類販売時間	0	時間	⑤

情報提供場所			
要指導医薬品		箇所	⑥
第一類医薬品		箇所	⑦
総情報提供設備数		箇所	⑧

勤務時間			
薬剤師		時間	⑨
登録販売者		時間	⑩

体制省令関係			
$(⑨+⑩) \div ⑧ \div ②$	#DIV/0!	≥ 1	
$⑨ \div ⑥ \div ③$	#DIV/0!	≥ 1	
$⑨ \div ⑦ \div ③$	#DIV/0!	≥ 1	

(薬局のみ記載)		⑨≥①となっていること		適 ・ 否	
以下、1日あたりの受取処方箋枚数40枚以上の薬局において記載すること					
総取扱処方せん枚数(A)	枚 $\left(\begin{array}{l} \text{(眼科・耳鼻科・歯科)} \\ \times 2/3 + \text{その他の診療科} \end{array} \right)$		前年において業務を行った期間及び日数(B)	月 日 ~ 月 日	
				(日数)	日
1日あたりの受取処方箋枚数(A/B)	枚		就業時間	時間/週	
	必要薬剤師数 40枚毎1名	イ	現在の勤務体制による 算出薬剤師数	ロ	名

※ 薬剤師の員数は実雇用人数ではなく、各薬剤師毎の勤務延べ時間/就業時間(1週間あたり)で割り出した数で算出します。就業規則がない場合は、32時間で除する(開店時間が32時間未満の場合はその開店時間で除する。)。イ≦ロであれば員数を満たしていることとなります。

(記載時の留意点)

※ 黄色のセルを正しく記載すると、青色のセルは自動的に計算されます。

(ア) 営業時間

店舗又は薬局の営業曜日と時間を記載してください。(特定販売のみをする時間を含む。)

(イ) 開店時間、医薬品販売時間及び薬剤師・登録販売者の勤務時間(開店時間の勤務時間)

営業時間及び薬剤師・登録販売者の勤務時間を塗りつぶすか、線を引いて、何時から何時まで営業・勤務しているかをわかるように記載してください。

※ 研修中の登録販売者の勤務時間については記載しないこと。

- 開店時間 : 営業時間のうち特定販売のみを行う時間を除いた時間。
- 特定販売時間 : いわゆるインターネット等により医薬品を販売する時間。
- OTC販売時間 : 要指導医薬品又は一般用医薬品を販売する時間。
- 要指導又は第一類販売時間 : 要指導医薬品又は第一類医薬品を販売する時間。
- 要指導販売時間 : 要指導医薬品を販売する時間。
- 第一類販売時間 : 第一類医薬品を販売する時間。

(ウ) 情報提供場所

要指導医薬品、第一類医薬品及び一般用医薬品(二類、三類)を取扱う場合は、それぞれの相談カウンター等、情報提供を行うための設備の数を記載してください。

(エ) 勤務時間

当該薬局に勤務する薬剤師・登録販売者の1週間の勤務時間(開店時間の勤務時間)の合計時間を記載してください。

(オ) 処方箋枚数等の記載

薬局のみ記載してください。

処方箋枚数が1日40枚以下の薬局の場合は、2行目以降の記載の必要はありません。

勤務表

営業時間		[Visual representation of business hours with vertical bars and wavy lines]													
時間		2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	計		
月	開店時間														
	特定販売時間														
	OTC販売時間														
	要指導又は第一類販売時間														
	要指導販売時間														
	第一類販売時間														
	薬剤師勤務時間														
	登録販売者勤務時間														
火	開店時間														
	特定販売時間														
	OTC販売時間														
	要指導又は第一類販売時間														
	要指導販売時間														
	第一類販売時間														
	薬剤師勤務時間														
	登録販売者勤務時間														
水	開店時間														
	特定販売時間														
	OTC販売時間														
	要指導又は第一類販売時間														
	要指導販売時間														
	第一類販売時間														
	薬剤師勤務時間														
	登録販売者勤務時間														
木	開店時間														
	特定販売時間														
	OTC販売時間														
	要指導又は第一類販売時間														
	要指導販売時間														
	第一類販売時間														
	薬剤師勤務時間														
	登録販売者勤務時間														
金	開店時間														
	特定販売時間														
	OTC販売時間														
	要指導又は第一類販売時間														
	要指導販売時間														
	第一類販売時間														
	薬剤師勤務時間														
	登録販売者勤務時間														
土	開店時間														
	特定販売時間														
	OTC販売時間														
	要指導又は第一類販売時間														
	要指導販売時間														
	第一類販売時間														
	薬剤師勤務時間														
	登録販売者勤務時間														
日	開店時間														
	特定販売時間														
	OTC販売時間														
	要指導又は第一類販売時間														
	要指導販売時間														
	第一類販売時間														
	薬剤師勤務時間														
	登録販売者勤務時間														

店舗名称	
許可番号	

開店時間(1週間あたり)			
開店時間	0	時間	①
OTC販売時間	0	時間	②
要指導又は第一類販売時間	0	時間	③
要指導販売時間	0	時間	④
第一類販売時間	0	時間	⑤

情報提供場所			
要指導医薬品		箇所	⑥
第一類医薬品		箇所	⑦
総情報提供設備数		箇所	⑧

勤務時間			
薬剤師		時間	⑨
登録販売者		時間	⑩

体制省令関係			
$(⑨+⑩) \div ⑧ \div ②$	#DIV/0!	≥ 1	
$⑨ \div ⑥ \div ③$	#DIV/0!	≥ 1	
$⑨ \div ⑦ \div ③$	#DIV/0!	≥ 1	

(薬局のみ記載)		⑨≥①となっていること		適 ・ 否	
以下、1日あたりの受取処方箋枚数40枚以上の薬局において記載すること					
総取扱処方せん枚数(A)	枚 $\left(\begin{array}{l} \text{(眼科・耳鼻科・歯科)} \\ \times 2/3 + \text{その他の診療科} \end{array} \right)$		前年において業務を行った期間及び日数(B)	月 日 ~ 月 日	
				(日数)	日
1日あたりの受取処方箋枚数(A/B)	枚		就業時間	時間/週	
	必要薬剤師数 40枚毎1名	イ	現在の勤務体制による 算出薬剤師数	ロ	名

※ 薬剤師の員数は実雇用人数ではなく、各薬剤師毎の勤務延べ時間/就業時間(1週間あたり)で割り出した数で算出します。就業規則がない場合は、32時間で除する(開店時間が32時間未満の場合はその開店時間で除する。)。イ≦ロであれば員数を満たしていることとなります。

(記載時の留意点)

※ 黄色のセルを正しく記載すると、青色のセルは自動的に計算されます。

(ア) 営業時間

店舗又は薬局の営業曜日と時間を記載してください。(特定販売のみをする時間を含む。)

(イ) 開店時間、医薬品販売時間及び薬剤師・登録販売者の勤務時間(開店時間の勤務時間)

営業時間及び薬剤師・登録販売者の勤務時間を塗りつぶすか、線を引いて、何時から何時まで営業・勤務しているかをわかるように記載してください。

※ 研修中の登録販売者の勤務時間については記載しないこと。

- 開店時間 : 営業時間のうち特定販売のみを行う時間を除いた時間。
- 特定販売時間 : いわゆるインターネット等により医薬品を販売する時間。
- OTC販売時間 : 要指導医薬品又は一般用医薬品を販売する時間。
- 要指導又は第一類販売時間 : 要指導医薬品又は第一類医薬品を販売する時間。
- 要指導販売時間 : 要指導医薬品を販売する時間。
- 第一類販売時間 : 第一類医薬品を販売する時間。

(ウ) 情報提供場所

要指導医薬品、第一類医薬品及び一般用医薬品(二類、三類)を取扱う場合は、それぞれの相談カウンター等、情報提供を行うための設備の数を記載してください。

(エ) 勤務時間

当該薬局に勤務する薬剤師・登録販売者の1週間の勤務時間(開店時間の勤務時間)の合計時間を記載してください。

(オ) 処方箋枚数等の記載

薬局のみ記載してください。

処方箋枚数が1日40枚以下の薬局の場合は、2行目以降の記載の必要はありません。

業務従事証明書

年 月 日

(従事者の氏名) 殿

薬局開設者又は医薬品の販売業者

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)

〔連絡先〕 担当者名:

電話番号:

メールアドレス:

以下のとおりであることを証明します。

氏名	(生年月日・ 年 月 日)
住所	〒
販売従事登録年月日 及び登録番号	
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	〒 TEL : ()

1. 業務期間 (年 月間) 年 月 ~ 年 月

(このうち、要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売し、又は授与する薬局等において業務に従事した期間 (年 月間) 年 月 ~ 年 月)

2. 業務内容 (期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた業務に該当する□にレを記入)

- 主に一般用医薬品の販売等の直接の業務
- 一般用医薬品の販売時の情報提供業務
- 一般用医薬品に関する相談対応業務
- 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
- 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務
- 一般用医薬品の陳列や広告に関する業務

3. 業務時間 (該当する□にレ点を記入)

- 上記1の期間において、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事した。
- 上記1の期間において、上記2の業務に従事し、合計 () 時間従事した。

4. 研修の受講 (受講した外部研修の年月日及び概要を記載)

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- 3 この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付する。
- 4 配置販売業にあっては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 5 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。
- 6 業務の従事期間が2年以上である登録販売者について証明する場合は、「2.業務内容」を「登録販売者として行った業務に該当する□にレを記入」と読み替える。

実務従事証明書

年 月 日

(従事者の氏名) 殿

薬局開設者又は医薬品の販売業者

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)

〔連絡先〕 担当者名:

電話番号:

メールアドレス:

以下のとおりであることを証明します。

氏名	(生年月日・ 年 月 日)
住所	〒
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	〒 TEL : ()

1. 実務期間 (年 月間)

年 月 ~ 年 月 (年 月間)

2. 実務内容 (期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた実務に該当する□にレを記入)

主に一般用医薬品の販売等を補助する実務又はその内容を知ることができる実務一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する実務又はその内容を知ることができる実務一般用医薬品に関する相談があった場合の対応を補助する実務又はその内容を知ることができる実務一般用医薬品の販売制度の内容等の説明の方法を知ることができる実務一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務一般用医薬品の陳列や広告に関する実務

3. 実務時間 (該当する□にレ点を記入)

上記1の期間において、上記2の実務に1か月に合計80時間以上従事した。上記1の期間において、上記2の実務に従事し、通算して合計 () 時間従事した。

4. 研修の受講 (外部研修の受講実績がある場合にあつては、受講した外部研修の年月日及び概要を記載)

(注意)

1 用紙の大きさは、A4とする。

2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。

3 この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付する。

4 配置販売業にあつては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。

5 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。

業務従事確認書

年 月 日

都道府県知事（保健所設置市長又は特別区長） 殿

医薬品の販売業者（申請者）

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）

〔連絡先〕 担当者名：
 電話番号：
 メールアドレス：

以上のとおりであることを責任をもって確認しました。

氏名	(生年月日・ 年 月 日)
住所	〒
販売従事登録年月日 及び登録番号	
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	〒 TEL : ()

1. 業務期間 (年 月間) 年 月 ~ 年 月

業務期間のうち、要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売し、又は授与する薬局等において
 業務に従事した期間 (年 月間) 年 月 ~ 年 月
 業務期間のうち、店舗管理者又は区域管理者として店舗又は区域において業務に従事した期間
 (年 月間) 年 月 ~ 年 月

2. 業務内容（期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた業務に該当する□にレを記入）

- 主に一般用医薬品の販売等の直接の業務
一般用医薬品の販売時の情報提供業務
一般用医薬品に関する相談対応業務
一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務
一般用医薬品の陳列や広告に関する業務

3. 業務時間（該当する□にレ点を記入）

- 上記1の期間において、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事した。
上記1の期間において、上記2の業務に従事し、合計（ ）時間従事した。

4. 研修の受講（受講した外部研修の年月日及び概要を記載）

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- 3 この確認内容に関する勤務簿の写し、研修修了証の写し等を添付する。
- 4 配置販売業にあつては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 5 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。
- 6 業務の従事期間が2年以上である登録販売者について証明する場合は、「2.業務内容」を「登録販売業として行った業務に該当する□にレを記入」と読み替える。

実務従事確認書

年 月 日

都道府県知事（保健所設置市長又は特別区長） 殿

医薬品の販売業者（申請者）

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）

〔連絡先〕 担当者名：

電話番号：

メールアドレス：

以下のとおりであることを責任をもって確認しました。

氏名	(生年月日・ 年 月 日)
住所	〒
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	〒 TEL : ()

1. 実務期間 (年 月間)

年 月 ~ 年 月 (年 月間)

2. 実務内容（期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた実務に該当する□にレを記入）

 主に一般用医薬品の販売等を補助する実務又はその内容を知ることができる実務 一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する実務又はその内容を知ることができる実務 一般用医薬品に関する相談があった場合の対応を補助する実務又はその内容を知ることができる実務 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明の方法を知ることができる実務 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務 一般用医薬品の陳列や広告に関する実務

3. 実務時間（該当する□にレ点を記入）

 上記1の期間において、上記2の実務に1か月に合計80時間以上従事した。 上記1の期間において、上記2の実務に従事し、通算して合計（ ）時間従事した。

4. 研修の受講（外部研修の受講実績がある場合にあつては、受講した外部研修の年月日及び概要を記載）

(注意)

1 用紙の大きさは、A4とする。

2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。

3 この確認内容に関する勤務簿の写し、研修修了証の写し等を添付する。

4 配置販売業にあつては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。

5 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。

雇用証書（例）

雇 用 証 書

次の者について、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）

被雇用者 住所

氏名

記

1 業 務 （管理者：配置販売業区域管理者、
その他資格者：医薬品販売業務等を記入）

2 勤 務 地

3 勤務時間 時 分から 時 分

4 休 日

〔連絡先〕 担当者名：
電話番号：
メールアドレス：

に係る勤務状況報告書

従事した薬局、
 医薬品販売業の所在地：
 名称：
 業態及び許可番号：

報告者 薬局開設者又は医薬品の販売業者
 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）

[連絡先] 担当者名：
 電話番号：
 メールアドレス：

上記の者の一般用医薬品販売に係る業務（実務）経験について確認したので、下記のとおり報告します。
 なお、報告に係る根拠資料については、兵庫県から求めがあれば速やかに提供いたします。

年 月 ～ 年 月分の勤務状況

一般用医薬品販売に係る			一般用医薬品販売に係る		
従事期間(1か月単位で記載)	従事日数	勤務時間	従事期間(1か月単位で記載)	従事日数	勤務時間
年 月	日間	時間 分	年 月	日間	時間 分
年 月	日間	時間 分	年 月	日間	時間 分
年 月	日間	時間 分	年 月	日間	時間 分
年 月	日間	時間 分	年 月	日間	時間 分
年 月	日間	時間 分	年 月	日間	時間 分
年 月	日間	時間 分	年 月	日間	時間 分
年 月	日間	時間 分	年 月	日間	時間 分
年 月	日間	時間 分	年 月	日間	時間 分
年 月	日間	時間 分	年 月	日間	時間 分
年 月	日間	時間 分	年 月	日間	時間 分
年 月	日間	時間 分	年 月	日間	時間 分
年 月	日間	時間 分	年 月	日間	時間 分
			以下、別紙のとおり		

根拠書類： _____

- ※ 1 根拠書類については、時間のみではなく実務内容もわかるものとする。
 - ※ 2 実務従事証明書 1 枚ごとに対応する期間の勤務状況報告書を添付すること。
- 上記内容について事実と相違ありません。

（被証明者）氏名：

受付窓口一覧

営業所の所在地	受付機関	所在地	電話番号
芦屋市	芦屋健康福祉事務所	芦屋市公光町 1-23	0797-32-0707
宝塚市、三田市	宝塚健康福祉事務所	宝塚市東洋町 2-5	0797-62-7314
伊丹市、川西市 川辺郡	伊丹健康福祉事務所	伊丹市千僧 1-51	072-785-9433
加古川市、高砂市、 加古郡	加古川健康福祉事務所	加古川市加古川町寺家 町天神木97-1	079-422-0184
西脇市、三木市、 小野市、加西市、 加東市、多可郡	加東健康福祉事務所	加東市社字西柿 1075-2	0795-42-9372
神崎郡	中播磨健康福祉事務所	神崎郡福崎町西田原 235	0790-22-1234
たつの市、宍粟市、 揖保郡、佐用郡	龍野健康福祉事務所	たつの市龍野町富永 1311-3	0791-63-5683
相生市、赤穂市、 赤穂郡	赤穂健康福祉事務所	赤穂市加里屋 98-2	0791-43-2937
豊岡市、美方郡	豊岡健康福祉事務所	豊岡市幸町 7-11	0796-26-3666
養父市、朝来市	朝来健康福祉事務所	朝来市和田山町東谷 213-96	079-672-6872
丹波篠山市、丹波市	丹波健康福祉事務所	丹波市柏原町柏原 688	0795-73-3771
洲本市、南あわじ市、 淡路市	洲本健康福祉事務所	洲本市塩屋 2-4-5	0799-26-2068
神戸市、姫路市 尼崎市、西宮市 明石市及び県外	薬務課	神戸市中央区下山手通 5-10-1	078-362-3269