

動物用医薬品販売従事登録申請書

年 月 日

秋田県知事

住所

氏名

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
- 2 申請者の本籍地都道府県名
- 3 申請者の生年月日
- 4 申請者の性別
- 5 申請者が法 5 条第 3 号イからトまでに該当することの有無
- 6 参考事項

証 紙 納 付 書

年 月 日

秋 田 県 知 事

(地方公所の長)

納 付 者 住 所

氏 名

納付する使用料若しくは手数料又は入猟税	医薬品販売業従事登録の申請手数料	納付金額	¥ 1 0 , 0 0 0
---------------------	------------------	------	---------------

<申請上の留意点>

動物用医薬品販売従事登録に係る申請について

動物用医薬品店舗販売業（特例店舗販売業を除く。）において、薬剤師以外のものが、農林水産大臣が指定する動物用医薬品以外の動物用医薬品の販売等に従事しようとする場合には、人用又は動物用医薬品登録販売者試験（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施行規則に規定する登録販売者試験）の合格者等が、都道府県知事の登録を受ける必要があります。これに該当する場合は、動物用医薬品販売従事登録申請を行い、登録証の交付を受けてください。

I 申請書への記載内容等について

1 申請書の記載事項「1氏名」について

戸籍どおりの文字を用いてください。

2 申請書の記載事項「4申請者の性別」について

男女の別を記載ください。

3 申請書の記載事項「5申請者が法5条第3号イからトまでに該当することの有無」について

該当しない場合には「該当しない」と記載し、該当する場合には、該当する事案の概要を記入してください。

4 申請書の記載事項「6参考事項」について

（1）連絡先となる電話番号を記載ください。

（2）添付書類を省略する場合、その旨を記載してください。（Ⅱの4参照）。

Ⅱ 添付しなければならない書類

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

合格通知書（写しを含む。）又は**合格証明書**

（施行規則第159条の8第2項に規定する販売従事登録証の交付を受けている者はその写し、また、いったん登録を消除した者が再度登録を行う場合、消除により失効済みの処理を行った販売従事登録証をもって、合格したことを証明する書類として差し支えない。）

2 戸籍謄本、戸籍抄本又は戸籍記載事項証明書

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（住民基本台帳法第7条第1号から第3号まで及び第7号に掲げる事項並びに同法第30条の45に規定する国籍等を記載したものに限る。）

3 申請者が販売業者でない場合は、申請者との関係を証する書類

（1）雇用契約証明書や使用関係証明書等

（2）雇用契約証明書や使用関係証明書等は、別紙様式例－2、3を参考にしてください。

4 1～3までの書類は、すでに県の機関に別途「原本」を提出している場合には、原本の添付を省略して差し支えない場合があります。

添付を省略しようとする場合には、申請書の「6参考事項」の欄に、「提出先の

県機関名」、「別途提出されている当該申請書又は届出書の年月日及び種類」に、「省略する添付書類の名称」を「添付し提出した旨」を記載してください。

なお、添付書類を省略できる場合であっても、出来る限り添付を省略した書類の写しを添付くださるようお願いします。

5 手数料（秋田県証紙10,000円）を貼付した証紙納付書

証紙納付書の日付は、当該申請書に記載した日付としてください。

Ⅲ その他

1 申請書を正式に提出する前に、申請書（案）をFAXやメール等によりご送付頂ければ、内容の事前確認と記載事項の修正すべき点について、ご連絡をいたします。

2 登録販売者が、管理者となる場合は、資格要件がありますので、担当までお問い合わせください。

3 お問い合わせ・申請書類提出先

秋田県北部家畜保健衛生所 hokubukaho@pref.akita.lg.jp

〒018-3454 北秋田市脇神字高村岱92

Tel 0186-62-2715 Fax 0186-62-0146

秋田県中央家畜保健衛生所 Chuokaho@pref.akita.lg.jp

〒011-0904 秋田市寺内蛭根1丁目15-5

Tel 018-864-0401 Fax 018-862-7132

秋田県南部家畜保健衛生所 nan-kaho@pref.akita.lg.jp

〒014-0011 大仙市富士見町6-55

Tel 0187-62-5354 Fax 0187-66-1849

ご不明な点については、住所地を所管する家畜保健衛生所の担当者へ、気兼ねなくご相談ください。

雇 用 契 約 書

1. 勤務時間 午前 時 から 午前 時 まで
2. 休 日 土曜、日曜、祝祭日、その他会社で定める日
3. 給 料 月額 円
4. 他の場所において薬事に関する業務に従事しないこと。

上記のとおり契約する。

年 月 日

甲 （販売業者）

住所：

氏名：

乙 （申請者）

住所：

氏名：

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

甲 住所：

氏名：

乙 住所：

氏名：

秋田県知事 あて

使 用 関 係 証 明 書

年 月 日

使用者

住所

氏名

被使用者

住所

氏名

私どもは、下記の条件のもとに使用関係にあることを証します。

記

- 1 勤務場所の所在地及び名称
- 2 勤務内容
- 3 営業日及び勤務日
- 4 営業時間及び勤務時間
- 5 その他の勤務条件