

福岡県医薬品、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細則新旧対照表

改正後	現行																																		
<div>様式第1号(第3条関係)</div> <div>(日本産業規格A4)</div> <div>薬 局 店舗販売業 卸売販売業 販売業 管理者兼務許可申請書 高度管理医療機器等 貸与業 再生医療等製品販売業</div> <div>年 月 日</div> <div>福岡県知事 殿</div> <div>住 所 申請者 氏 名</div> <div>薬 局 店 舗 以外の場所において薬事に関する実務に従事 営 業 所</div> <div>下記の管理している 营 業 所</div> <div>することの許可を申請します。</div> <div>記</div> <table><tr><td rowspan="3">管理している薬局、 店 舗 又 は 営 業 所</td><td>許 可 番 号 及び年月日</td><td>第 号 年 月 日</td></tr><tr><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所 在 地</td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">兼務しようとする業務</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所 在 地</td><td></td></tr><tr><td>内 容</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">備 考</td><td></td></tr></table> <div>注 1 管理者と開設者が異なる場合は、開設者の同意書を添付すること。 2 申請しない箇所は二重線で消すこと。</div>	管理している薬局、 店 舗 又 は 営 業 所	許 可 番 号 及び年月日	第 号 年 月 日	名 称		所 在 地		兼務しようとする業務	名 称		所 在 地		内 容		備 考			<div>様式第1号(第3条関係)</div> <div>(日本産業規格A4)</div> <div>薬 局 店舗販売業 卸売販売業 販売業 管理者兼務許可申請書 高度管理医療機器等 貸与業 再生医療等製品販売業</div> <div>年 月 日</div> <div>福岡県知事 殿</div> <div>住 所 申請者 氏 名</div> <div>薬 局 店 舗 以外の場所において薬事に関する実務に従事 営 業 所</div> <div>下記の管理している 营 業 所</div> <div>することの許可を申請します。</div> <div>記</div> <table><tr><td rowspan="3">管理している薬局、 店 舗 又 は 営 業 所</td><td>許 可 番 号 及び年月日</td><td>第 号 年 月 日</td></tr><tr><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所 在 地</td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">兼務しようとする業務</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所 在 地</td><td></td></tr><tr><td>内 容</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">備 考</td><td></td></tr></table> <div>注 1 管理者と開設者が異なる場合は、開設者の同意書を添付すること。 2 申請しない箇所は二重線で消すこと。</div>	管理している薬局、 店 舗 又 は 営 業 所	許 可 番 号 及び年月日	第 号 年 月 日	名 称		所 在 地		兼務しようとする業務	名 称		所 在 地		内 容		備 考		
管理している薬局、 店 舗 又 は 営 業 所		許 可 番 号 及び年月日	第 号 年 月 日																																
		名 称																																	
	所 在 地																																		
兼務しようとする業務	名 称																																		
	所 在 地																																		
	内 容																																		
備 考																																			
管理している薬局、 店 舗 又 は 営 業 所	許 可 番 号 及び年月日	第 号 年 月 日																																	
	名 称																																		
	所 在 地																																		
兼務しようとする業務	名 称																																		
	所 在 地																																		
	内 容																																		
備 考																																			

福岡県医薬品、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細則新旧対照表

改正後	現行																																																												
<div>様式第3号(第4条関係)</div> <div>(日本産業規格A4)</div> <div>薬局 店舗販売業 卸売販売業 販売業 管理者兼務許可証書換え交付申請書 高度管理医療機器等 貸与業 再生医療等製品販売業</div> <div>年 月 日</div> <div>福岡県知事 殿</div> <div>申請者 住 所 氏 名</div> <div>下記により、書換えを申請します。</div> <div>記</div> <table><tr><td rowspan="2">管理している 薬局、店舗又は 営 業 所</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">兼 務 を 許 可 さ れ た 業 務</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td>内 容</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">許可番号及び年月日</td><td>第 号 年 月 日</td></tr><tr><td rowspan="2">変 更 内 容</td><td>事 項</td><td>変 更 前</td><td>変 更 後</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">変 更 年 月 日</td><td colspan="2">年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">備 考</td><td colspan="2"></td></tr></table> <div>注 申請しない箇所は二重線で消すこと。</div>	管理している 薬局、店舗又は 営 業 所	名 称		所在地		兼 務 を 許 可 さ れ た 業 務	名 称		所在地		内 容		許可番号及び年月日		第 号 年 月 日	変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後				変 更 年 月 日		年 月 日		備 考				<div>様式第3号(第4条関係)</div> <div>(日本産業規格A4)</div> <div>薬局 店舗販売業 卸売販売業 販売業 管理者兼務許可証書換え交付申請書 高度管理医療機器等 貸与業 再生医療等製品販売業</div> <div>年 月 日</div> <div>福岡県知事 殿</div> <div>申請者 住 所 氏 名</div> <div>下記により、書換えを申請します。</div> <div>記</div> <table><tr><td rowspan="2">管理している 薬局、店舗又は 営 業 所</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">兼 務 を 許 可 さ れ た 業 務</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td>内 容</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">許可番号及び年月日</td><td>第 号 年 月 日</td></tr><tr><td rowspan="2">変 更 内 容</td><td>事 項</td><td>変 更 前</td><td>変 更 後</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">変 更 年 月 日</td><td colspan="2">年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">備 考</td><td colspan="2"></td></tr></table> <div>注 申請しない箇所は二重線で消すこと。</div>	管理している 薬局、店舗又は 営 業 所	名 称		所在地		兼 務 を 許 可 さ れ た 業 務	名 称		所在地		内 容		許可番号及び年月日		第 号 年 月 日	変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後				変 更 年 月 日		年 月 日		備 考			
管理している 薬局、店舗又は 営 業 所		名 称																																																											
	所在地																																																												
兼 務 を 許 可 さ れ た 業 務	名 称																																																												
	所在地																																																												
	内 容																																																												
許可番号及び年月日		第 号 年 月 日																																																											
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後																																																										
変 更 年 月 日		年 月 日																																																											
備 考																																																													
管理している 薬局、店舗又は 営 業 所	名 称																																																												
	所在地																																																												
兼 務 を 許 可 さ れ た 業 務	名 称																																																												
	所在地																																																												
	内 容																																																												
許可番号及び年月日		第 号 年 月 日																																																											
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後																																																										
変 更 年 月 日		年 月 日																																																											
備 考																																																													

福岡県医薬品、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細則新旧対照表

改正後	現行																																										
<div>様式第4号(第4条関係)</div> <div>(日本産業規格A4)</div> <div>薬局 店舗販売業 卸売販売業 販売業 管理者兼務許可証再交付申請書 高度管理医療機器等 貸与業 再生医療等製品販売業</div> <div>年 月 日</div> <div>福岡県知事 殿</div> <div>申請者 住 所 氏 名</div> <div>下記により、再交付を申請します。</div> <div>記</div> <table><tr><td rowspan="2">管理している 薬局、店舗又 は 営 業 所</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">兼 務 を 許 可 さ れ た 業 務</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td>内 容</td><td></td></tr><tr><td>許可番号及び年月日</td><td>第 号</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>再 交 付 申 請 の 理 由</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>備 考</td><td colspan="2"></td></tr></table> <div>注 申請しない箇所は二重線で消すこと。</div>	管理している 薬局、店舗又 は 営 業 所	名 称		所在地		兼 務 を 許 可 さ れ た 業 務	名 称		所在地		内 容		許可番号及び年月日	第 号	年 月 日	再 交 付 申 請 の 理 由			備 考			<div>様式第4号(第4条関係)</div> <div>(日本産業規格A4)</div> <div>薬局 店舗販売業 卸売販売業 販売業 管理者兼務許可証再交付申請書 高度管理医療機器等 貸与業 再生医療等製品販売業</div> <div>年 月 日</div> <div>福岡県知事 殿</div> <div>申請者 住 所 氏 名</div> <div>下記により、再交付を申請します。</div> <div>記</div> <table><tr><td rowspan="2">管理している 薬局、店舗又 は 営 業 所</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">兼 務 を 許 可 さ れ た 業 務</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td>内 容</td><td></td></tr><tr><td>許可番号及び年月日</td><td>第 号</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>再 交 付 申 請 の 理 由</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>備 考</td><td colspan="2"></td></tr></table> <div>注 申請しない箇所は二重線で消すこと。</div>	管理している 薬局、店舗又 は 営 業 所	名 称		所在地		兼 務 を 許 可 さ れ た 業 務	名 称		所在地		内 容		許可番号及び年月日	第 号	年 月 日	再 交 付 申 請 の 理 由			備 考		
管理している 薬局、店舗又 は 営 業 所		名 称																																									
	所在地																																										
兼 務 を 許 可 さ れ た 業 務	名 称																																										
	所在地																																										
	内 容																																										
許可番号及び年月日	第 号	年 月 日																																									
再 交 付 申 請 の 理 由																																											
備 考																																											
管理している 薬局、店舗又 は 営 業 所	名 称																																										
	所在地																																										
兼 務 を 許 可 さ れ た 業 務	名 称																																										
	所在地																																										
	内 容																																										
許可番号及び年月日	第 号	年 月 日																																									
再 交 付 申 請 の 理 由																																											
備 考																																											

福岡県医薬品、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細則新旧対照表

改正後	現行																										
<div>様式第5号(第4条関係)</div> <div>(日本産業規格A4)</div> <div>薬 局 店舗販売業 卸売販売業 販売業 管理者兼務廃止届書 高度管理医療機器等 貸与業 再生医療等製品販売業</div> <div>年 月 日</div> <div>福岡県知事 殿</div> <div>届出者 住 所 氏 名</div> <div>下記により、兼務をしなくなったので届出をします。</div> <div>記</div> <table><tr><td rowspan="3">兼務を許可 され た 業</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所 在 地</td><td></td></tr><tr><td>内 容</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">許可番号及び年月日</td><td>第 号 年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">廃止の年月日</td><td>年 月 日</td></tr></table> <div>注 届出しない箇所は二重線で消すこと。</div>	兼務を許可 され た 業	名 称		所 在 地		内 容		許可番号及び年月日		第 号 年 月 日	廃止の年月日		年 月 日	<div>様式第5号(第4条関係)</div> <div>(日本産業規格A4)</div> <div>薬 局 店舗販売業 卸売販売業 販売業 管理者兼務廃止届書 高度管理医療機器等 貸与業 再生医療等製品販売業</div> <div>年 月 日</div> <div>福岡県知事 殿</div> <div>届出者 住 所 氏 名</div> <div>下記により、兼務をしなくなったので届出をします。</div> <div>記</div> <table><tr><td rowspan="3">兼務を許可 され た 業</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所 在 地</td><td></td></tr><tr><td>内 容</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">許可番号及び年月日</td><td>第 号 年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">廃止の年月日</td><td>年 月 日</td></tr></table> <div>注 届出しない箇所は二重線で消すこと。</div>	兼務を許可 され た 業	名 称		所 在 地		内 容		許可番号及び年月日		第 号 年 月 日	廃止の年月日		年 月 日
兼務を許可 され た 業		名 称																									
		所 在 地																									
	内 容																										
許可番号及び年月日		第 号 年 月 日																									
廃止の年月日		年 月 日																									
兼務を許可 され た 業	名 称																										
	所 在 地																										
	内 容																										
許可番号及び年月日		第 号 年 月 日																									
廃止の年月日		年 月 日																									

福岡県医薬品、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細則新旧対照表

改正後	現行																												
<p>様式第6号(第5条関係)</p> <p>薬 局 機 能 情 報 報 告 書</p> <p>年 月 日</p> <p>福岡県知事 殿</p> <p>郵便番号(〒 —) フリガナ 住 所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)</p> <p>フリガナ 氏 名(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)</p> <p>電話番号 () —</p> <p>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8条の2第 項の規定に基づき、下記のとおり薬局に関する情報を報告します。</p> <p>記</p> <table><tr><td>報 告 区 分</td><td><input type="checkbox"/>新規 <input type="checkbox"/>変更 <input type="checkbox"/>定期報告(年1回) *該当するものにレをつけてください。(以下同様)</td></tr></table> <p>1 管理・運営・サービス等に関する事項</p> <p>(1) 基本情報</p> <table><tr><td>基本情報等の変更項目 (変更の場合)</td><td><input type="checkbox"/>薬局の名称 <input type="checkbox"/>電話番号及びファクシミリ番号 <input type="checkbox"/>薬局開設者 <input type="checkbox"/>営業日 <input type="checkbox"/>薬局の管理者 <input type="checkbox"/>開店時間 <input type="checkbox"/>薬局の所在地 <input type="checkbox"/>開店時間外で相談できる時間 <input type="checkbox"/>健康サポート薬局である旨の表示 <input type="checkbox"/>薬剤師不在時間の有無</td></tr><tr><td>許可番号</td><td></td></tr><tr><td>薬局の名称</td><td>名 称 フリガナ ローマ字表記</td></tr><tr><td>薬局開設者 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)</td><td>法人の名称 フリガナ 氏 名 フリガナ</td></tr><tr><td>薬局の管理者 (管理薬剤師)</td><td>氏 名 フリガナ</td></tr><tr><td>薬局の所在地</td><td>住 所(〒 —) フリガナ ローマ字表記</td></tr></table>	報 告 区 分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 定期報告(年1回) *該当するものにレをつけてください。(以下同様)	基本情報等の変更項目 (変更の場合)	<input type="checkbox"/> 薬局の名称 <input type="checkbox"/> 電話番号及びファクシミリ番号 <input type="checkbox"/> 薬局開設者 <input type="checkbox"/> 営業日 <input type="checkbox"/> 薬局の管理者 <input type="checkbox"/> 開店時間 <input type="checkbox"/> 薬局の所在地 <input type="checkbox"/> 開店時間外で相談できる時間 <input type="checkbox"/> 健康サポート薬局である旨の表示 <input type="checkbox"/> 薬剤師不在時間の有無	許可番号		薬局の名称	名 称 フリガナ ローマ字表記	薬局開設者 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)	法人の名称 フリガナ 氏 名 フリガナ	薬局の管理者 (管理薬剤師)	氏 名 フリガナ	薬局の所在地	住 所(〒 —) フリガナ ローマ字表記	<p>様式第6号(第5条関係)</p> <p>薬 局 機 能 情 報 報 告 書</p> <p>年 月 日</p> <p>福岡県知事 殿</p> <p>郵便番号(〒 —) フリガナ 住 所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)</p> <p>フリガナ 氏 名(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)</p> <p>電話番号 () —</p> <p>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8条の2第 項の規定に基づき、下記のとおり薬局に関する情報を報告します。</p> <p>記</p> <table><tr><td>報 告 区 分</td><td><input type="checkbox"/>新規 <input type="checkbox"/>変更 <input type="checkbox"/>定期報告(年1回) *該当するものにレをつけてください。(以下同様)</td></tr></table> <p>1 管理・運営・サービス等に関する事項</p> <p>(1) 基本情報</p> <table><tr><td>基本情報等の変更項目 (変更の場合)</td><td><input type="checkbox"/>薬局の名称 <input type="checkbox"/>電話番号及びファクシミリ番号 <input type="checkbox"/>薬局開設者 <input type="checkbox"/>営業日 <input type="checkbox"/>薬局の管理者 <input type="checkbox"/>開店時間 <input type="checkbox"/>薬局の所在地 <input type="checkbox"/>開店時間外で相談できる時間 <input type="checkbox"/>健康サポート薬局である旨の表示 <input type="checkbox"/>薬剤師不在時間の有無</td></tr><tr><td>許可番号</td><td></td></tr><tr><td>薬局の名称</td><td>名 称 フリガナ ローマ字表記</td></tr><tr><td>薬局開設者 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)</td><td>法人の名称 フリガナ 氏 名 フリガナ</td></tr><tr><td>薬局の管理者 (管理薬剤師)</td><td>氏 名 フリガナ</td></tr><tr><td>薬局の所在地</td><td>住 所(〒 —) フリガナ ローマ字表記</td></tr></table>	報 告 区 分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 定期報告(年1回) *該当するものにレをつけてください。(以下同様)	基本情報等の変更項目 (変更の場合)	<input type="checkbox"/> 薬局の名称 <input type="checkbox"/> 電話番号及びファクシミリ番号 <input type="checkbox"/> 薬局開設者 <input type="checkbox"/> 営業日 <input type="checkbox"/> 薬局の管理者 <input type="checkbox"/> 開店時間 <input type="checkbox"/> 薬局の所在地 <input type="checkbox"/> 開店時間外で相談できる時間 <input type="checkbox"/> 健康サポート薬局である旨の表示 <input type="checkbox"/> 薬剤師不在時間の有無	許可番号		薬局の名称	名 称 フリガナ ローマ字表記	薬局開設者 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)	法人の名称 フリガナ 氏 名 フリガナ	薬局の管理者 (管理薬剤師)	氏 名 フリガナ	薬局の所在地	住 所(〒 —) フリガナ ローマ字表記
報 告 区 分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 定期報告(年1回) *該当するものにレをつけてください。(以下同様)																												
基本情報等の変更項目 (変更の場合)	<input type="checkbox"/> 薬局の名称 <input type="checkbox"/> 電話番号及びファクシミリ番号 <input type="checkbox"/> 薬局開設者 <input type="checkbox"/> 営業日 <input type="checkbox"/> 薬局の管理者 <input type="checkbox"/> 開店時間 <input type="checkbox"/> 薬局の所在地 <input type="checkbox"/> 開店時間外で相談できる時間 <input type="checkbox"/> 健康サポート薬局である旨の表示 <input type="checkbox"/> 薬剤師不在時間の有無																												
許可番号																													
薬局の名称	名 称 フリガナ ローマ字表記																												
薬局開設者 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)	法人の名称 フリガナ 氏 名 フリガナ																												
薬局の管理者 (管理薬剤師)	氏 名 フリガナ																												
薬局の所在地	住 所(〒 —) フリガナ ローマ字表記																												
報 告 区 分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 定期報告(年1回) *該当するものにレをつけてください。(以下同様)																												
基本情報等の変更項目 (変更の場合)	<input type="checkbox"/> 薬局の名称 <input type="checkbox"/> 電話番号及びファクシミリ番号 <input type="checkbox"/> 薬局開設者 <input type="checkbox"/> 営業日 <input type="checkbox"/> 薬局の管理者 <input type="checkbox"/> 開店時間 <input type="checkbox"/> 薬局の所在地 <input type="checkbox"/> 開店時間外で相談できる時間 <input type="checkbox"/> 健康サポート薬局である旨の表示 <input type="checkbox"/> 薬剤師不在時間の有無																												
許可番号																													
薬局の名称	名 称 フリガナ ローマ字表記																												
薬局開設者 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)	法人の名称 フリガナ 氏 名 フリガナ																												
薬局の管理者 (管理薬剤師)	氏 名 フリガナ																												
薬局の所在地	住 所(〒 —) フリガナ ローマ字表記																												

福岡県医薬品、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細則新旧対照表

改正後	現行																																																										
<table border="1"> <tr> <td>電 話 番 号 及 び フ ァ ク シ ミ リ 番 号</td><td>代表番号又は受付電話番号等 FAX番号 対応出来ない時間帯等</td></tr> <tr> <td>営 業 日</td><td>月：□ 火：□ 水：□ 木：□ 金：□ 土：□ 日：□ 祝：□ 年末年始：□ お盆：□ その他（ ）</td></tr> <tr> <td>開 店 時 間</td><td>開店時間 開店時間外(休日夜間)の対応</td></tr> <tr> <td>開店時間外で相談できる時間</td><td></td></tr> </table> <p>(2) 薬局へのアクセス</p> <table border="1"> <tr> <td>薬 局 ま で の 主 な 利 用 交 通 手 段</td><td></td></tr> <tr> <td>薬 局 の 駐 車 場</td><td>□有 駐車台数 台 □有料 □無料 □無</td></tr> <tr> <td>ホ ー ム ペ ー ジ ア ド レ ス</td><td>http://</td></tr> <tr> <td>電 子 メ ー ル ア ド レ ス</td><td></td></tr> </table> <p>(3) 薬局サービス等</p> <table border="1"> <tr> <td>健 康 サ ポ ー ト 薬 局 で ある 旨 の 表 示</td><td>□有 □無</td></tr> <tr> <td>相 談 に 対 す る 対 応 の 可 否</td><td>相談可能な事項 □お薬相談 □健康相談 □誤飲等の中毒相談 □禁煙相談 □その他</td></tr> <tr> <td>薬 剤 師 不 在 時 間 の 有 無</td><td>□有 □無</td></tr> <tr> <td rowspan="2">対 応 す る こ と が で き る 外 国 語 の 種 類</td><td>対応可能な外国語の種類 □英語 □中国語 □韓国語 □その他：(外国語名) □事前連絡があれば対応可能</td></tr> <tr> <td>対応のレベル</td></tr> <tr> <td>聴 覚 障 害 者 に 対 す る 配 慮</td><td>□手話 □画面表示 □筆談 □事前連絡があれば対応可能</td></tr> <tr> <td>視 覚 障 害 者 に 対 す る 配 慮</td><td>□音声案内 □点字ブロック □点字表示 □事前連絡があれば対応可能</td></tr> </table>	電 話 番 号 及 び フ ァ ク シ ミ リ 番 号	代表番号又は受付電話番号等 FAX番号 対応出来ない時間帯等	営 業 日	月：□ 火：□ 水：□ 木：□ 金：□ 土：□ 日：□ 祝：□ 年末年始：□ お盆：□ その他（ ）	開 店 時 間	開店時間 開店時間外(休日夜間)の対応	開店時間外で相談できる時間		薬 局 ま で の 主 な 利 用 交 通 手 段		薬 局 の 駐 車 場	□有 駐車台数 台 □有料 □無料 □無	ホ ー ム ペ ー ジ ア ド レ ス	http://	電 子 メ ー ル ア ド レ ス		健 康 サ ポ ー ト 薬 局 で ある 旨 の 表 示	□有 □無	相 談 に 対 す る 対 応 の 可 否	相談可能な事項 □お薬相談 □健康相談 □誤飲等の中毒相談 □禁煙相談 □その他	薬 剤 師 不 在 時 間 の 有 無	□有 □無	対 応 す る こ と が で き る 外 国 語 の 種 類	対応可能な外国語の種類 □英語 □中国語 □韓国語 □その他：(外国語名) □事前連絡があれば対応可能	対応のレベル	聴 覚 障 害 者 に 対 す る 配 慮	□手話 □画面表示 □筆談 □事前連絡があれば対応可能	視 覚 障 害 者 に 対 す る 配 慮	□音声案内 □点字ブロック □点字表示 □事前連絡があれば対応可能	<table border="1"> <tr> <td>電 話 番 号 及 び フ ァ ク シ ミ リ 番 号</td><td>代表番号又は受付電話番号等 FAX番号 対応出来ない時間帯等</td></tr> <tr> <td>営 業 日</td><td>月：□ 火：□ 水：□ 木：□ 金：□ 土：□ 日：□ 祝：□ 年末年始：□ お盆：□ その他（ ）</td></tr> <tr> <td>開 店 時 間</td><td>開店時間 開店時間外(休日夜間)の対応</td></tr> <tr> <td>開店時間外で相談できる時間</td><td></td></tr> </table> <p>(2) 薬局へのアクセス</p> <table border="1"> <tr> <td>薬 局 ま で の 主 な 利 用 交 通 手 段</td><td></td></tr> <tr> <td>薬 局 の 駐 車 場</td><td>□有 駐車台数 台 □有料 □無料 □無</td></tr> <tr> <td>ホ ー ム ペ ー ジ ア ド レ ス</td><td>http://</td></tr> <tr> <td>電 子 メ ー ル ア ド レ ス</td><td></td></tr> </table> <p>(3) 薬局サービス等</p> <table border="1"> <tr> <td>健 康 サ ポ ー ト 薬 局 で ある 旨 の 表 示</td><td>□有 □無</td></tr> <tr> <td>相 談 に 対 す る 対 応 の 可 否</td><td>相談可能な事項 □お薬相談 □健康相談 □誤飲等の中毒相談 □禁煙相談 □その他</td></tr> <tr> <td>薬 剤 師 不 在 時 間 の 有 無</td><td>□有 □無</td></tr> <tr> <td rowspan="2">対 応 す る こ と が で き る 外 国 語 の 種 類</td><td>対応可能な外国語の種類 □英語 □中国語 □韓国語 □その他：(外国語名) □事前連絡があれば対応可能</td></tr> <tr> <td>対応のレベル</td></tr> <tr> <td>聴 覚 障 害 者 に 対 す る 配 慮</td><td>□手話 □画面表示 □筆談 □事前連絡があれば対応可能</td></tr> <tr> <td>視 覚 障 害 者 に 対 す る 配 慮</td><td>□音声案内 □点字ブロック □点字表示 □事前連絡があれば対応可能</td></tr> </table>	電 話 番 号 及 び フ ァ ク シ ミ リ 番 号	代表番号又は受付電話番号等 FAX番号 対応出来ない時間帯等	営 業 日	月：□ 火：□ 水：□ 木：□ 金：□ 土：□ 日：□ 祝：□ 年末年始：□ お盆：□ その他（ ）	開 店 時 間	開店時間 開店時間外(休日夜間)の対応	開店時間外で相談できる時間		薬 局 ま で の 主 な 利 用 交 通 手 段		薬 局 の 駐 車 場	□有 駐車台数 台 □有料 □無料 □無	ホ ー ム ペ ー ジ ア ド レ ス	http://	電 子 メ ー ル ア ド レ ス		健 康 サ ポ ー ト 薬 局 で ある 旨 の 表 示	□有 □無	相 談 に 対 す る 対 応 の 可 否	相談可能な事項 □お薬相談 □健康相談 □誤飲等の中毒相談 □禁煙相談 □その他	薬 剤 師 不 在 時 間 の 有 無	□有 □無	対 応 す る こ と が で き る 外 国 語 の 種 類	対応可能な外国語の種類 □英語 □中国語 □韓国語 □その他：(外国語名) □事前連絡があれば対応可能	対応のレベル	聴 覚 障 害 者 に 対 す る 配 慮	□手話 □画面表示 □筆談 □事前連絡があれば対応可能	視 覚 障 害 者 に 対 す る 配 慮	□音声案内 □点字ブロック □点字表示 □事前連絡があれば対応可能
電 話 番 号 及 び フ ァ ク シ ミ リ 番 号	代表番号又は受付電話番号等 FAX番号 対応出来ない時間帯等																																																										
営 業 日	月：□ 火：□ 水：□ 木：□ 金：□ 土：□ 日：□ 祝：□ 年末年始：□ お盆：□ その他（ ）																																																										
開 店 時 間	開店時間 開店時間外(休日夜間)の対応																																																										
開店時間外で相談できる時間																																																											
薬 局 ま で の 主 な 利 用 交 通 手 段																																																											
薬 局 の 駐 車 場	□有 駐車台数 台 □有料 □無料 □無																																																										
ホ ー ム ペ ー ジ ア ド レ ス	http://																																																										
電 子 メ ー ル ア ド レ ス																																																											
健 康 サ ポ ー ト 薬 局 で ある 旨 の 表 示	□有 □無																																																										
相 談 に 対 す る 対 応 の 可 否	相談可能な事項 □お薬相談 □健康相談 □誤飲等の中毒相談 □禁煙相談 □その他																																																										
薬 剤 師 不 在 時 間 の 有 無	□有 □無																																																										
対 応 す る こ と が で き る 外 国 語 の 種 類	対応可能な外国語の種類 □英語 □中国語 □韓国語 □その他：(外国語名) □事前連絡があれば対応可能																																																										
	対応のレベル																																																										
聴 覚 障 害 者 に 対 す る 配 慮	□手話 □画面表示 □筆談 □事前連絡があれば対応可能																																																										
視 覚 障 害 者 に 対 す る 配 慮	□音声案内 □点字ブロック □点字表示 □事前連絡があれば対応可能																																																										
電 話 番 号 及 び フ ァ ク シ ミ リ 番 号	代表番号又は受付電話番号等 FAX番号 対応出来ない時間帯等																																																										
営 業 日	月：□ 火：□ 水：□ 木：□ 金：□ 土：□ 日：□ 祝：□ 年末年始：□ お盆：□ その他（ ）																																																										
開 店 時 間	開店時間 開店時間外(休日夜間)の対応																																																										
開店時間外で相談できる時間																																																											
薬 局 ま で の 主 な 利 用 交 通 手 段																																																											
薬 局 の 駐 車 場	□有 駐車台数 台 □有料 □無料 □無																																																										
ホ ー ム ペ ー ジ ア ド レ ス	http://																																																										
電 子 メ ー ル ア ド レ ス																																																											
健 康 サ ポ ー ト 薬 局 で ある 旨 の 表 示	□有 □無																																																										
相 談 に 対 す る 対 応 の 可 否	相談可能な事項 □お薬相談 □健康相談 □誤飲等の中毒相談 □禁煙相談 □その他																																																										
薬 剤 師 不 在 時 間 の 有 無	□有 □無																																																										
対 応 す る こ と が で き る 外 国 語 の 種 類	対応可能な外国語の種類 □英語 □中国語 □韓国語 □その他：(外国語名) □事前連絡があれば対応可能																																																										
	対応のレベル																																																										
聴 覚 障 害 者 に 対 す る 配 慮	□手話 □画面表示 □筆談 □事前連絡があれば対応可能																																																										
視 覚 障 害 者 に 対 す る 配 慮	□音声案内 □点字ブロック □点字表示 □事前連絡があれば対応可能																																																										

福岡県医薬品、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細則新旧対照表

改正後

車椅子の利用者に対する配慮	車椅子での来局 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 身体障害者用トイレ <input type="checkbox"/> 車椅子利用者駐車場 <input type="checkbox"/> 点状ブロック <input type="checkbox"/> 昇降機 <input type="checkbox"/> バリアフリー構造（「高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律」に基づく基礎的基準に適合）
受動喫煙を防止するための措置	<input type="checkbox"/> 全面禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙所設置 <input type="checkbox"/> 未実施

(4) 費用負担

医療保険及び公費負担等の取扱い	保険薬局の指定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 生活保護法 <input type="checkbox"/> 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 <input type="checkbox"/> 戦傷病者特別援護法 <input type="checkbox"/> 母子保健法 <input type="checkbox"/> 公害健康被害の補償等に関する法律 <input type="checkbox"/> 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律 <input type="checkbox"/> 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律 <input type="checkbox"/> 児童福祉法 <input type="checkbox"/> 難病の患者に対する医療等に関する法律 <input type="checkbox"/> その他
クレジットカードによる料金の支払の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 取扱カードの種類

2 提供サービスや地域連携体制に関する事項

(1) 業務内容、提供サービス

認定薬剤師の種類及び人数	認定名称、認定団体名及び各認定薬剤師の人数
	合計人数 人 上記合計人数のうち、公益社団法人薬剤師認定制度認証機構の認証を受けた認定薬剤師の人数 人
	健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師の人数 人
薬局の業務内容	無菌調剤実施の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	一包化調剤実施の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	麻薬調剤実施の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	浸煎薬、湯薬調剤実施の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	薬局製剤実施の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	在宅患者訪問調剤実施の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	薬歴管理実施の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	電磁的記録による薬歴管理実施の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	「お薬手帳」交付の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	「電子版お薬手帳」対応の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否

現行

車椅子の利用者に対する配慮	車椅子での来局 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 身体障害者用トイレ <input type="checkbox"/> 車椅子利用者駐車場 <input type="checkbox"/> 点状ブロック <input type="checkbox"/> 昇降機 <input type="checkbox"/> バリアフリー構造（「高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律」に基づく基礎的基準に適合）
受動喫煙を防止するための措置	<input type="checkbox"/> 全面禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙所設置 <input type="checkbox"/> 未実施

(4) 費用負担

医療保険及び公費負担等の取扱い	保険薬局の指定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 生活保護法 <input type="checkbox"/> 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 <input type="checkbox"/> 戦傷病者特別援護法 <input type="checkbox"/> 母子保健法 <input type="checkbox"/> 公害健康被害の補償等に関する法律 <input type="checkbox"/> 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律 <input type="checkbox"/> 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律 <input type="checkbox"/> 児童福祉法 <input type="checkbox"/> 難病の患者に対する医療等に関する法律 <input type="checkbox"/> その他
クレジットカードによる料金の支払の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 取扱カードの種類

2 提供サービスや地域連携体制に関する事項

(1) 業務内容、提供サービス

認定薬剤師の種類及び人数	認定名称、認定団体名及び各認定薬剤師の人数
	合計人数 人 上記合計人数のうち、公益社団法人薬剤師認定制度認証機構の認証を受けた認定薬剤師の人数 人
	健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師の人数 人
薬局の業務内容	無菌調剤実施の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	一包化調剤実施の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	麻薬調剤実施の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	浸煎薬、湯薬調剤実施の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	薬局製剤実施の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	在宅患者訪問調剤実施の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	薬歴管理実施の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	電磁的記録による薬歴管理実施の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	「お薬手帳」交付の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	「電子版お薬手帳」対応の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否

福岡県医薬品、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細則新旧対照表

改正後

地 域 医 療 連 携 体 制	医療連携の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	プロトコルに基づいた薬物治療管理の取組の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	地域医療情報連携ネットワークへの参加の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	退院時の情報を共有する体制の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	受診勧奨情報等を医療機関に提供する体制の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	地域住民への啓発活動への参加の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

3 実績、結果等に関する事項

薬 局 の 薬 剤 師 数	人	
医 療 安 全 対 策 の 実 施	副作用報告の実施件数	件
	医療安全対策事業への参加の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
情 報 開 示 の 体 制	情報開示の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
症 例 検 討 体 制	症例等検討実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
患 者 数	延べ患者数(前年1月1日～12月31日の人数)	人
医療を受ける者の居宅等において行う調剤業務の実施件数	件	
健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師が地域ケア会議等に参加した回数	回	
患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数	回	
患 者 満 足 度 の 調 査	アンケート等調査実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	調査結果提供の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

現行

地 域 医 療 連 携 体 制	医療連携の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	プロトコルに基づいた薬物治療管理の取組の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	地域医療情報連携ネットワークへの参加の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	退院時の情報を共有する体制の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	受診勧奨情報等を医療機関に提供する体制の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	地域住民への啓発活動への参加の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

3 実績、結果等に関する事項

薬 局 の 薬 剤 師 数	人	
医 療 安 全 対 策 の 実 施	副作用報告の実施件数	件
	医療安全対策事業への参加の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
情 報 開 示 の 体 制	情報開示の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
症 例 検 討 体 制	症例等検討実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
患 者 数	延べ患者数(前年1月1日～12月31日の人数)	人
医療を受ける者の居宅等において行う調剤業務の実施件数	件	
健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師が地域ケア会議等に参加した回数	回	
患者の服薬状況等を医療機関に提供した回数	回	
患 者 満 足 度 の 調 査	アンケート等調査実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	調査結果提供の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

改正後

様式第 7 号（第 6 条関係）

管 理 に 関 す る 帳 簿

年 月 日	勤 務 時 間	管理者氏名
	時 分～ 時 分	
1 副作用等の苦情、相談		
2 不良品の処理		
3 不正表示品の処理		
4 管理者の意見		
5 試験検査		
6 情報の収集、伝達		
7 その他		
開設者確認欄		

記載要領

1 字は、ボールペン又はインクを用い、楷書ではつきり書くこと。

2 勤務時間欄は、出勤時間及び退出時間を記入すること。

3 管理者氏名欄は、薬局においては薬局の管理者の、店舗販売業者においては店舗管理者の、卸売販売業者においては医薬品営業所管理者の、再生医療等製品販売業者においては再生医療等製品営業所管理者の氏名を記入すること。

4 その他は、上記に該当しない事項について記入すること。

例えば、各種の通知事項、従業員に対する指導状況、医薬品の棚卸・清潔整とん等について記入すること。

現行

様式第 7 号（第 6 条関係）

管 理 に 関 す る 帳 簿

年 月 日	勤 務 時 間	管理者氏名
	時 分～ 時 分	
1 副作用等の苦情、相談		
2 不良品の処理		
3 不正表示品の処理		
4 管理者の意見		
5 試験検査		
6 情報の収集、伝達		
7 その他		
開設者確認印		

記載要領

1 字は、ボールペン又はインクを用い、楷書ではつきり書くこと。

2 勤務時間欄は、出勤時間及び退出時間を記入すること。

3 管理者氏名欄は、薬局においては薬局の管理者の、店舗販売業者においては店舗管理者の、卸売販売業者においては医薬品営業所管理者の、再生医療等製品販売業者においては再生医療等製品営業所管理者の氏名を記入すること。

4 その他は、上記に該当しない事項について記入すること。

例えば、各種の通知事項、従業員に対する指導状況、医薬品の棚卸・清潔整とん等について記入すること。

様式第8号（第8条関係）

業務従事証明書

年 月 日

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）
(記名押印又は署名)

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、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	

(従事した業務の種類)
☐ 要指導医薬品又は第一類医薬品を販売し、又は授与する薬局において登録販売者として業務に従事した。
☐ 薬剤師が店舗管理者である要指導医薬品又は第一類医薬品を販売し、又は授与する店舗販売業において登録販売者として業務に従事した。
☐ 薬剤師が区域管理者である第一類医薬品を配置販売する配置販売業において登録販売者として業務に従事した。
☐ 第一類医薬品を販売し、又は授与する店舗の店舗管理者として業務に従事した。
☐ 第一類医薬品を配置販売する区域の区域管理者として業務に従事した。

(業務に従事した期間等)
☐ 次の期間において、全ての月について1か月に合計80時間以上、上記の業務に従事した。
☐ 次の期間において、合計 時間、上記の業務に従事した。

年 月 ～ 年 月 (年 月間)

注 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。
2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。
3 従事した業務の種類及び業務に従事した期間等は、該当するものをそれぞれ1つ選択すること。

様式第8号（第8条関係）

業務従事証明書

年 月 日

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）
(記名押印又は署名)

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、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	

(従事した業務の種類)
☐ 要指導医薬品又は第一類医薬品を販売し、又は授与する薬局において登録販売者として業務に従事した。
☐ 薬剤師が店舗管理者である要指導医薬品又は第一類医薬品を販売し、又は授与する店舗販売業において登録販売者として業務に従事した。
☐ 薬剤師が区域管理者である第一類医薬品を配置販売する配置販売業において登録販売者として業務に従事した。
☐ 第一類医薬品を販売し、又は授与する店舗の店舗管理者として業務に従事した。
☐ 第一類医薬品を配置販売する区域の区域管理者として業務に従事した。

(業務に従事した期間等)
☐ 次の期間において、全ての月について1か月に合計80時間以上、上記の業務に従事した。
☐ 次の期間において、合計 時間、上記の業務に従事した。

年 月 ～ 年 月 (年 月間)

注 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。
2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。
3 従事した業務の種類及び業務に従事した期間等は、該当するものをそれぞれ1つ選択すること。

改正後	現行																				
<div>様式第9号（第8条関係）</div> <div><div>業務 実務</div><div>従事証明書</div><div>年 月 日</div><div>殿</div><div>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）</div><div>氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名） (記名押印又は署名)</div><div>以下のとおりであることを証明します。</div><table><tr><td>氏 名</td><td>(生年月日 年 月 日)</td></tr><tr><td>住 所</td><td></td></tr><tr><td>販売従事登録年月日 及 び 登 録 番 号</td><td></td></tr><tr><td>薬局、店舗の名称 及 び 許 可 番 号</td><td></td></tr><tr><td>薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販 売 業 の 区 域</td><td></td></tr></table><div>薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で業務 実務 に従事した期間等について</div><div><input type="checkbox"/> 次の期間において、全ての月について1か月に合計80時間以上従事した。 <input type="checkbox"/> 次の期間において、合計 時間従事した。</div><div>年 月 ～ 年 月（ 年 月間）</div><div>注 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。 2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。 3 登録販売者について証明する場合は様式中の「実務」の文字を二重線で消し、一般従事者について証明する場合は「業務」の文字を二重線で消すこと。 4 一般従事者について証明する場合、販売従事登録年月日及び登録番号は空欄とすること。 5 以下の業務又は実務に従事した期間を記載すること。 ・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 ・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 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、「薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で業務に従事した期間」を「業務期間」と読み替える。</div></div>	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、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		<div>様式第9号（第8条関係）</div> <div><div>業務 実務</div><div>従事証明書</div><div>年 月 日</div><div>殿</div><div>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）</div><div>氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名） (記名押印又は署名)</div><div>以下のとおりであることを証明します。</div><table><tr><td>氏 名</td><td>(生年月日 年 月 日)</td></tr><tr><td>住 所</td><td></td></tr><tr><td>販売従事登録年月日 及 び 登 録 番 号</td><td></td></tr><tr><td>薬局、店舗の名称 及 び 許 可 番 号</td><td></td></tr><tr><td>薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販 売 業 の 区 域</td><td></td></tr></table><div>薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で業務 実務 に従事した期間等について</div><div><input type="checkbox"/> 次の期間において、全ての月について1か月に合計80時間以上従事した。 <input type="checkbox"/> 次の期間において、合計 時間従事した。</div><div>年 月 ～ 年 月（ 年 月間）</div><div>注 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。 2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。 3 登録販売者について証明する場合は様式中の「実務」の文字を二重線で消し、一般従事者について証明する場合は「業務」の文字を二重線で消すこと。 4 一般従事者について証明する場合、販売従事登録年月日及び登録番号は空欄とすること。 5 以下の業務又は実務に従事した期間を記載すること。 ・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 ・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 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、「薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で業務に従事した期間」を「業務期間」と読み替える。</div></div>	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、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	
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、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																					
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、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																					

改正後	現行																								
<div>様式第10号(第8条関係)</div> <div><div>業務経験証明書</div><div>年 月 日</div><div>福岡県知事 殿</div><div>卸売販売業者又は再生医療等製品の販売業者 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）</div><div>氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名） (記名押印又は署名)</div><div>下記の者の業務経験は、以下のとおりであることを証明します。</div><table><tr><td>氏 名</td><td>(生年月日・ 年 月 日)</td></tr><tr><td>住 所</td><td>〒</td></tr><tr><td>業 務 の 種 別</td><td></td></tr><tr><td>許 可 番 号</td><td></td></tr><tr><td>営 業 所 の 名 称</td><td></td></tr><tr><td>営 業 所 の 所 在 地</td><td></td></tr></table><div>1 業務期間 年 月 ～ 年 月(年 月間)</div><div>2 業務内容(上記営業所において業務期間内に行われた業務の該当する□にレを記入すること。)</div><div><div><input type="checkbox"/> 指定卸売医療用ガス類の販売又は授与に関する業務に従事した。</div><div><input type="checkbox"/> 指定卸売歯科用医薬品の販売又は授与に関する業務に従事した。</div><div><input type="checkbox"/> 再生医療等製品の販売又は授与に関する業務に従事した。</div></div><div>注 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。</div><div>2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。</div></div>	氏 名	(生年月日・ 年 月 日)	住 所	〒	業 務 の 種 別		許 可 番 号		営 業 所 の 名 称		営 業 所 の 所 在 地		<div>様式第10号(第8条関係)</div> <div><div>業務経験証明書</div><div>年 月 日</div><div>福岡県知事 殿</div><div>卸売販売業者又は再生医療等製品の販売業者 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）</div><div>氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名） (記名押印又は署名)</div><div>下記の者の業務経験は、以下のとおりであることを証明します。</div><table><tr><td>氏 名</td><td>(生年月日・ 年 月 日)</td></tr><tr><td>住 所</td><td>〒</td></tr><tr><td>業 務 の 種 別</td><td></td></tr><tr><td>許 可 番 号</td><td></td></tr><tr><td>営 業 所 の 名 称</td><td></td></tr><tr><td>営 業 所 の 所 在 地</td><td></td></tr></table><div>1 業務期間 年 月 ～ 年 月(年 月間)</div><div>2 業務内容(上記営業所において業務期間内に行われた業務の該当する□にレを記入すること。)</div><div><div><input type="checkbox"/> 指定卸売医療用ガス類の販売又は授与に関する業務に従事した。</div><div><input type="checkbox"/> 指定卸売歯科用医薬品の販売又は授与に関する業務に従事した。</div><div><input type="checkbox"/> 再生医療等製品の販売又は授与に関する業務に従事した。</div></div><div>注 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。</div><div>2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。</div></div>	氏 名	(生年月日・ 年 月 日)	住 所	〒	業 務 の 種 別		許 可 番 号		営 業 所 の 名 称		営 業 所 の 所 在 地	
氏 名	(生年月日・ 年 月 日)																								
住 所	〒																								
業 務 の 種 別																									
許 可 番 号																									
営 業 所 の 名 称																									
営 業 所 の 所 在 地																									
氏 名	(生年月日・ 年 月 日)																								
住 所	〒																								
業 務 の 種 別																									
許 可 番 号																									
営 業 所 の 名 称																									
営 業 所 の 所 在 地																									

福岡県医薬品、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細則新旧対照表

改正後

様式第12号(第10条関係)

(日本産業規格A4)

承認整理届

福岡県知事 殿

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〕

下記品目については、今後製造販売することがないので、その製造販売の承認の整理について届出ます。

一連番号	販 売 名	承認番号	承認年月日	参 考
備 考				

現行

様式第12号(第10条関係)

(日本産業規格A4)

承認整理届

福岡県知事 殿

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〕

印

下記品目については、今後製造販売することがないので、その製造販売の承認の整理について届出ます。

一連番号	販 売 名	承認番号	承認年月日	参 考
備 考				

福岡県医薬品、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細則新旧対照表

改正後

様式第13号(第11条関係)

(日本産業規格A4)

(年) 配 置 従 事 届

年 月 日

福岡県知事 殿

氏 名

下記により、配置従事の届出をします。

記

配置販売 業 者	氏 名	
	住 所	
配 置 従 事 者	氏 名	
	住 所	
期 間		区 域
月 日から 月 日まで		県 一 円
月 日から 月 日まで		県 一 円
月 日から 月 日まで		県 一 円
月 日から 月 日まで		県 一 円
備考		

注 郵便はがきを使用してもよい。

備考 この様式は、九州各県(沖縄県を除く。以下同じ。)の共通様式ですので、宛先を書き換えていただければ、九州各県で使用できます。

現行

様式第13号(第11条関係)

(日本産業規格A4)

(年) 配 置 従 事 届

年 月 日

福岡県知事 殿

氏 名

下記により、配置従事の届出をします。

記

配置販売 業 者	氏 名	
	住 所	
配 置 従 事 者	氏 名	
	住 所	
期 間		区 域
月 日から 月 日まで		県 一 円
月 日から 月 日まで		県 一 円
月 日から 月 日まで		県 一 円
月 日から 月 日まで		県 一 円
備考		

注 1 郵便はがきを使用してもよい。

2 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載すること。

備考 この様式は、九州各県(沖縄県を除く。以下同じ。)の共通様式ですので、宛先を書き換えていただければ、九州各県で使用できます。

改正後

様式第14号(第12条関係)

(日本産業規格A4)

配置従事者身分証明書書換え交付申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

住 所
申請者
氏 名

下記により、配置従事者身分証明書の書換えを申請します。

記

配置従事者	種 別	薬剤師・登録販売者・一般従事者		
	身分証明書番 号	第 号		
配 置 販 売 業 者	氏 名			
	住 所			
	許 可 番 号			
	許 可 年 月 日			
変 更 事 項		変更前		
		変更後		
備 考				

備考 この様式は、九州各県(沖縄県を除く。以下同じ。)の共通様式ですので、宛先を書き換えていただければ、九州各県で使用できます。

現行

様式第14号(第12条関係)

(日本産業規格A4)

配置従事者身分証明書書換え交付申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

住 所
申請者
氏 名

下記により、配置従事者身分証明書の書換えを申請します。

記

配置従事者	種 別	薬剤師・登録販売者・一般従事者		
	身分証明書番 号	第 号		
配 置 販 売 業 者	氏 名			
	住 所			
	許 可 番 号			
	許 可 年 月 日			
変 更 事 項		変更前		
		変更後		
備 考				

注 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載すること。

備考 この様式は、九州各県(沖縄県を除く。以下同じ。)の共通様式ですので、宛先を書き換えていただければ、九州各県で使用できます。

改正後

様式第15号(第13条関係)

(日本産業規格A4)

配置従事者身分証明書再交付申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

住 所
申請者
氏 名

下記により、配置従事者身分証明書の再交付を申請します。

記

配置従事者	種 別	薬剤師・登録販売者・一般従事者
	身分証明書番 号	第 号
配 置 販 売 者	氏 名	
	住 所	
	許 可 番 号	
	許 可 年 月 日	
再交付申請の 理 由		
備 考		

備考 この様式は、九州各県(沖縄県を除く。以下同じ。)の共通様式ですので、宛先を書き換えていただければ、九州各県で使用できます。

現行

様式第15号(第13条関係)

(日本産業規格A4)

配置従事者身分証明書再交付申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

住 所
申請者
氏 名

下記により、配置従事者身分証明書の再交付を申請します。

記

配置従事者	種 別	薬剤師・登録販売者・一般従事者
	身分証明書番 号	第 号
配 置 販 売 者	氏 名	
	住 所	
	許 可 番 号	
	許 可 年 月 日	
再交付申請の 理 由		
備 考		

注 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載すること。

備考 この様式は、九州各県(沖縄県を除く。以下同じ。)の共通様式ですので、宛先を書き換えていただければ、九州各県で使用できます。

福岡県医薬品、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細則新旧対照表

改正後	現行
<div>様式第 16 号(第 14 条関係)</div> <div>(日本産業規格 A4)</div> <div>配置従事者身分証明書返納届書</div> <div>年 月 日</div> <div>福岡県知事 殿</div> <div>住 所 氏 名</div> <div>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細則第 14 条の規定により、身分証明書を返納します。</div> <div>返納理由</div> <div>1 身分証明書の再交付を受けた後、失った身分証明書を発見した。</div> <div>2 身分証明書の有効期限が過ぎた。</div> <div>3 配置販売の業務に従事しなくなった。</div> <div>4 配置販売業者が変更になった。</div> <div>返納事実の発生年月日 年 月 日</div> <div>注 返納理由は該当番号を○で囲むこと。</div>	<div>様式第 16 号(第 14 条関係)</div> <div>(日本産業規格 A4)</div> <div>配置従事者身分証明書返納届書</div> <div>年 月 日</div> <div>福岡県知事 殿</div> <div>住 所 氏 名</div> <div>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細則第 13 条の規定により、身分証明書を返納します。</div> <div>返納理由</div> <div>1 身分証明書の再交付を受けた後、失った身分証明書を発見した。</div> <div>2 身分証明書の有効期限が過ぎた。</div> <div>3 配置販売の業務に従事しなくなった。</div> <div>4 配置販売業者が変更になった。</div> <div>返納事実の発生年月日 年 月 日</div> <div>注 <u>1 返納理由は該当番号を○で囲むこと。</u></div> <div><u>2 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載すること。</u></div>

福岡県医薬品、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細則新旧対照表

改正後

様式第17号(第15条関係)

登録販売者試験受験申請書

本籍		※都道府県名(外国籍を有する者は国名)を記入すること。	
住所	〒		
連絡先電話番号		※携帯電話等、平日の日中に確実に連絡がとれる番号を記入すること。	
ふりがな氏名			
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
備考			

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項の規定による登録販売者試験を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

福岡県知事 殿

注 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。
2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。

備考 この様式は、九州各県(沖縄県を除く。以下同じ。)の共通様式ですので、宛先を書き換えていただければ、九州各県で使用できます。

現行

様式第17号(第15条関係)

登録販売者試験受験申請書

本籍		※都道府県名(外国籍を有する者は国名)を記入すること。	
住所	〒		
連絡先電話番号		※携帯電話等、平日の日中に確実に連絡がとれる番号を記入すること。	
ふりがな氏名	印		
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
備考			

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項の規定による登録販売者試験を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

福岡県知事 殿

注 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。
2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。
3 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載すること。

備考 この様式は、九州各県(沖縄県を除く。以下同じ。)の共通様式ですので、宛先を書き換えていただければ、九州各県で使用できます。

改正後	現行																
<div>様式第 18 号（第 16 条関係）</div> <div>販売従事登録証返納届</div> <table><tr><td>登 録 販 売 者 の 氏 名</td><td></td></tr><tr><td>登録番号及び登録年月日</td><td></td></tr><tr><td>返 納 の 理 由 及 び 年 月 日</td><td>返納の理由 知事による登録消除 登録証再交付後、紛失した登録証を発見 その他（ ） 返納理由の発生年月日 年 月 日</td></tr><tr><td>備 考</td><td></td></tr></table> <p>上記により、販売従事登録証を返納します。</p> <p>年 月 日</p> <p>届出者住所</p> <p>氏名</p> <p>福岡県知事 殿</p> <p>注 1） 用紙の大きさは、日本産業規格 A 4 とすること。 注 2） 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。</p>	登 録 販 売 者 の 氏 名		登録番号及び登録年月日		返 納 の 理 由 及 び 年 月 日	返納の理由 知事による登録消除 登録証再交付後、紛失した登録証を発見 その他（ ） 返納理由の発生年月日 年 月 日	備 考		<div>様式第 18 号（第 16 条関係）</div> <div>販売従事登録証返納届</div> <table><tr><td>登 録 販 売 者 の 氏 名</td><td></td></tr><tr><td>登録番号及び登録年月日</td><td></td></tr><tr><td>返 納 の 理 由 及 び 年 月 日</td><td>返納の理由 知事による登録消除 登録証再交付後、紛失した登録証を発見 その他（ ） 返納理由の発生年月日 年 月 日</td></tr><tr><td>備 考</td><td></td></tr></table> <p>上記により、販売従事登録証を返納します。</p> <p>年 月 日</p> <p>届出者住所</p> <p>氏名 印</p> <p>福岡県知事 殿</p> <p>注 1） 用紙の大きさは、日本産業規格 A 4 とすること。 注 2） 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。 <u>注 3） 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載すること。</u></p>	登 録 販 売 者 の 氏 名		登録番号及び登録年月日		返 納 の 理 由 及 び 年 月 日	返納の理由 知事による登録消除 登録証再交付後、紛失した登録証を発見 その他（ ） 返納理由の発生年月日 年 月 日	備 考	
登 録 販 売 者 の 氏 名																	
登録番号及び登録年月日																	
返 納 の 理 由 及 び 年 月 日	返納の理由 知事による登録消除 登録証再交付後、紛失した登録証を発見 その他（ ） 返納理由の発生年月日 年 月 日																
備 考																	
登 録 販 売 者 の 氏 名																	
登録番号及び登録年月日																	
返 納 の 理 由 及 び 年 月 日	返納の理由 知事による登録消除 登録証再交付後、紛失した登録証を発見 その他（ ） 返納理由の発生年月日 年 月 日																
備 考																	