

登録販売者試験に合格された方へ ～販売従事登録申請等について～

一般用医薬品のうち第二類医薬品及び第三類医薬品の販売又は授与に従事しようとする方は、業務に従事することについて、都道府県知事の登録を受けなければなりません。
試験合格だけでは“登録販売者”ではありませんので、ご注意ください。

登録販売者試験に合格し、福岡県内において医薬品の販売又は授与の業務に従事しようとする方（複数の都道府県で業務に従事し、本県を主たる勤務地とする場合を含む。）の手続についてご案内します。
他都道府県へ登録申請する場合は、当該都道府県に手続方法について確認してください。

1 「販売従事登録申請」の手続方法（福岡県内で従事しようとする場合）

(1) 申請先

- ア 主たる勤務地が北九州市、福岡市、久留米市の場合は、管轄の市保健所
- イ ア以外の場合は、主たる勤務地を管轄する県保健福祉（環境）事務所

※配置販売に従事する者の場合は、上記ア、イのうち、配置区域を管轄する機関に申請を行うこと（福岡県一円を配置区域としている場合は、ア、イのいずれでも可）。

(2) 申請書類等

- ア 販売従事登録申請書（様式第86の2） 1部

- イ 添付書類 各1部

- ① 登録販売者試験の合格通知書（原本）
- ② 戸籍謄本、戸籍抄本又は本籍の記載のある住民票の写し
(6ヶ月以内に発行されたもの、かつ、マイナンバーの記載が無いもの)

- ③ 雇用契約書の写しその他の業務に従事する店舗の開設者との使用関係を示す書類（以下「雇用契約書等」という。）

※申請者本人が薬局開設者又は医薬品の販売業者の場合、提出は不要。

- ④ 申請者が精神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の場合、当該申請者の精神機能の障害に関する医師の診断書（欠格事項(6)）。該当しない場合、提出は不要。

- ウ 手数料 7,100円

- ・福岡県領収証紙による納付
 - ・県保健福祉（環境）事務所窓口でのキャッシュレス決済端末による納付
- ※北九州市、福岡市、久留米市保健所の窓口では対応していない。

(3) 申請にあたっての注意事項

- ア 申請書（様式はP6に掲載。なお、記入の際は、P8の記載例を参照すること）

- ・字は、墨、インク等を用いて、楷書ではっきりと記載すること。

- ・「申請者の氏名」欄

戸籍上の氏名を正確に記入すること。

- ・「申請者の本籍地都道府県名」欄

本籍地都道府県名のみ記入すること。外国籍の者の場合は、国籍名を記入すること。

- ・「申請者の生年月日」欄

日本国籍の者は元号で、外国籍の者は西暦で記載すること。

- ・「申請者の性別」欄

該当する方に○を付すこと。

・「申請者の欠格条項」欄

申請者の欠格条項の(1)～(7)欄までには、該当事実がないときは「なし」と記入すること。

該当事実がある場合は以下(a)～(d)のとおり記入すること。

(a) (1)及び(2)欄にあっては、許可又は登録を取り消された理由及び年月日を記入。

(b) (3)欄にあっては、その罪、刑、刑の確定年月日及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記入。

(c) (4)欄にあっては、その違反の事実及び違反した年月日を記入。

(d) (6)欄に該当するおそれがある者については、同欄に「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すること。

・申請者住所、氏名

申請者住所については、県内の者は市町村名から、県外の者は都道府県名から、現住所を記入すること。

イ 添付書類

添付書類については、以下のとおりとし、特に記載がない限り原本を提出するものとする。

① 登録販売者試験の合格通知書

* 合格通知書を紛失した場合は、合格したことの証明を別途申請し、当該証明書を添付（申請方法はあらかじめ問い合わせること）すること。

② 戸籍謄本、戸籍抄本又は本籍の記載のある住民票の写し（マイナンバーの記載が無いもの）は、6ヶ月以内に発行されたものを提出すること。

*1 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場合は、住民票の写しではなく、戸籍謄本又は抄本を提出すること。

*2 6ヶ月以内に発行された同一内容のものを、申請者本人が医薬品、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に基づく申請（届出）において過去に本県に提出した場合は省略可。この場合、戸籍謄本、抄本又は住民票の写しを省略する旨、過去の申請等の名称及び過去の申請等の年月日を申請書の備考欄に記載。

*3 外国籍の者の場合は住民票の写し又は住民票記載事項証明書を提出すること。

③ 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、雇用契約書等を提出すること（参考様式はP11、12に掲載）。

*1 雇用契約書等は、店舗の開設者が発行する書類とし、雇用契約書の写し、使用証明書、在籍証明書、法人役員の場合は法人の登記の謄本が含まれる。雇用契約書を除き、原本の提出が必要。

*2 各書類の必要記載事項は以下のとおり。

雇用契約書；雇用者及び被雇用者の住所及び氏名、主たる勤務店舗の名称及び所在地（配置販売に従事する者の場合は配置区域）、勤務時間、休日（不規則勤務の場合は勤務条件）、給与（家族経営等給与制でない場合は不要）

使用証明書；使用者及び被使用者の住所及び氏名、主たる勤務店舗の名称及び所在地（配置販売に従事する者の場合は配置区域）

在籍証明書；開設者及び在籍者の住所及び氏名、主たる勤務店舗の名称及び所在地（配置販売に従事する者の場合は配置区域、法人役員等、開設者との関係が雇用関係や使用関係でない者の場合にこの証明書を用いる）

*3 現在、派遣により医薬品販売に従事している者の場合は、雇用主（派遣元）との

雇用契約書の写し及び派遣元と派遣先店舗の開設者との労働者派遣に関する契約書の写しを提出。なお、2つの書類で、以下の事項を満たしていること。

- ・雇用者及び被雇用者の住所及び氏名
- ・派遣先店舗の名称及び所在地、開設者氏名及び住所
- ・勤務時間、休日（不規則勤務の場合は勤務条件）、給与

④ 申請者に係る精神の機能の障害に関する医師の診断書は、1か月以内に発行されたものを提出すること。（申請者が精神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場合のみ必要。）
〈様式はP10に記載〉

*1 診断書は、医療機関において医療に従事する医師が診断したものであること。

*2 1か月以内に発行された同一内容のものを、申請者本人が法律に基づく申請（届出）において過去に本県に提出した場合は省略可とする。この場合、診断書を省略する旨、過去の申請等の名称及び過去の申請等の年月日を申請書の備考欄に記載すること。

2 販売従事登録証の交付

- (1) 販売従事登録申請を受け付けた後、審査の結果、登録が適当と認められる者については、本県登録販売者名簿に登録するとともに、販売従事登録証を交付する。販売従事登録証は、申請した機関において申請者に交付するので、申請の際、確実に連絡のつく連絡先を伝えておくこと。
- (2) 申請を行ってから販売従事登録証を交付するまでの期間の目安は35日とする。
- (3) 販売従事登録証に記載する氏名等の文字は電算処理可能な文字（JIS第一・第二水準）とする（旧字体の場合等は戸籍記載の文字と登録証記載の文字とが異なる場合がある）。

3 留意事項

- (1) 販売従事登録は、複数の都道府県では認められることとなっており、登録販売者として2ヶ所以上の店舗に勤務する場合や、異なる都道府県へ異動する場合等においても、当初の登録により医薬品販売業務に従事することができる。したがって、このような場合に、新たに勤務する都道府県での販売従事登録申請を行う必要はない。
ただし、医薬品販売業務に従事しない等の理由で一旦登録を消除し、その後、再び従事することになった場合は、勤務する都道府県で新たに登録する必要がある。
- (2) 本県の登録販売者名簿の記載事項に変更があった場合（氏名や本籍都道府県の変更）は、本県に名簿登録事項の変更を届け出る必要があるので、遅滞なく手続を行うこと。
また、このとき、併せて販売従事登録証の書換え交付申請を行うことにより、登録証の書換えを行うことができる。
- (3) 販売従事登録証を紛失したり汚損したりした場合は、登録証の再交付申請を行うことができる。再交付を受けた後、紛失した登録証を発見した場合は、返納の届出を行うこと。
- (4) 販売従事登録後、医薬品販売業務に従事しなくなった場合（他の業務に従事する場合や、死亡した場合等）は、登録消除の申請が必要となるので、遅滞なく手続を行うこと（死亡や失踪の場合は、法定届出義務者が手続を行うこと）。
- (5) 販売従事登録後、精神の機能の障害を有する状態となり、登録販売者の業務の継続が著しく困難になった場合は、遅滞なく、登録を受けた都道府県にその旨を届け出ること（登録販売者又はその法定代理人若しくは同居の親族が届け出を行うこと）。

4 「販売従事登録申請書」提出時の提出書類最終チェック

販売従事登録申請書	<input type="checkbox"/> 記載上の注意事項、記載例に従って記載していますか？
登録販売者試験の合格通知書	<input type="checkbox"/> 原本を添付していますか？（コピーは不可）
戸籍謄本、戸籍抄本又は本籍の記載のある住民票の写し	<input type="checkbox"/> 発行日は6ヶ月以内のものですか？ <input type="checkbox"/> 住民票の写しの場合、本籍は記載され、マイナンバーは記載がないものですか？ <input type="checkbox"/> 外国籍の場合は、左記書類に代えて住民票の写し又は住民票記載事項証明書を添付していますか？ <input type="checkbox"/> 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に基づく申請（届出）において過去に同様のものを本県に提出したとして添付を省略する場合は、申請書の備考欄に省略する書類の名称「戸籍謄本又は戸籍抄本」、過去の申請等の名称、過去の申請等の年月日を記載していますか？ <input type="checkbox"/> 添付を省略する場合、書類発行日が今回の申請日から6ヶ月以内のものですか？また、その内容は、今回の申請時点と同じですか（氏名や本籍の変更がありませんか）？
雇用契約書等	<input type="checkbox"/> 薬局開設者又は医薬品の販売業者でないときは、以下の事項が記載されている雇用契約書等を添付していますか？ <ul style="list-style-type: none"> ・ 雇用契約書は、①雇用者及び被雇用者の住所及び氏名、②主たる勤務店舗の名称及び所在地（配置販売に従事する者の場合は配置区域）、③勤務時間、休日、④給与。 ・ 使用証明書は、①使用者及び被使用者の住所及び氏名、②主たる勤務店舗の名称及び所在地（配置販売に従事する者の場合は配置区域）。 ・ 在籍証明書（法人役員等、開設者との関係が雇用関係や使用関係でない場合）は、①開設者及び在籍者の住所及び氏名、②主たる勤務店舗の名称及び所在地（配置販売に従事する者の場合は配置区域）。 <input type="checkbox"/> 派遣により医薬品販売に従事している者の場合は、派遣元との雇用契約書の写し及び派遣元と派遣先の開設者との労働者派遣に関する契約書の写しを添付していますか？
申請者が精神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って必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことことができないおそれがある者の場合、当該申請者の精神機能の障害に関する医師の診断書	※該当しない場合は不要です。 <input type="checkbox"/> 発行日は1ヶ月以内のものですか？ <input type="checkbox"/> 医療機関において医療に従事する医師が診断したものですか？ <input type="checkbox"/> 必要な記載項目が満たされていますか？ <input type="checkbox"/> 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に基づく申請（届出）において過去に同様のものを本県に提出したとして添付を省略する場合は、申請書の備考欄に省略する書類の名称「診断書」、過去の申請等の名称、過去の申請等の年月日を記載していますか？ <input type="checkbox"/> 添付を省略する場合、書類発行日が今回の申請日から1ヶ月以内のものですか？

【販売従事登録申請の申請受付窓口】

申請受付窓口	管轄地域	電話番号
北九州市保健所 (医務薬務課)	北九州市	093-522-8726
福岡市保健所 (各衛生課医薬係)	博多衛生課	福岡市博多区 092-419-1090
	東衛生課	福岡市東区 092-645-1081
	早良衛生課	福岡市早良区 092-851-6567
	西衛生課	福岡市西区 092-895-7072
	南衛生課	福岡市南区 092-559-5115
	中央衛生課	福岡市中央区 092-761-7325
	城南衛生課	福岡市城南区 092-831-4208
久留米市保健所 (総務医薬課)	久留米市	0942-30-9725
福岡県の保健福祉 (環境)事務所 (総務企画課企画指導係)	筑紫	筑紫野市 春日市 大野城市 太宰府市 那珂川市 092-513-5610
	糸島	糸島市 092-322-5186
	粕屋	古賀市 糟屋郡 092-939-1529
	宗像・遠賀	中間市 宗像市 福津市 遠賀郡 0940-36-2045
	嘉穂・鞍手	直方市 飯塚市 宮若市 嘉麻市 鞍手郡 嘉穂郡 0948-21-4876
	田川	田川市 田川郡 0947-42-9313
	北筑後	小郡市 うきは市 朝倉市 朝倉郡 三井郡 0946-22-4185
	南筑後	大牟田市 柳川市 八女市 筑後市 大川市 みやま市 三潴郡 八女郡 0944-72-2112
	京築	行橋市 豊前市 京都郡 築上郡 0930-23-2379

- 販売従事登録に関するより詳細な情報（販売従事登録申請書の記載例等）を福岡県庁ホームページ内に掲載している。
URL⇒<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/>
- 登録等の手続に関し、不明な点がある場合は、勤務地を管轄する県保健福祉(環境)事務所（北九州市、福岡市、久留米市の場合は、福岡県保健医療介護部薬務課薬事係 092-643-3284）へ問い合わせること。

様式第八十六の二（第百五十九条の七関係）

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 縿 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 條 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った後、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の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あたつて必要な認知、判断およ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

申請者氏名

福岡県知事

殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 申請者の欠格事項の(1)欄から(7)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、あるときは、(1)及び(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、刑の確定年月日及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)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を記載すること。また、(6)欄に該当するおそれがある者については、同欄に「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すること。

様式第八十六の二（第百五十九条の七関係）

販売従事登録申請書（記載例）

申請者の氏名		福岡 太郎
申請者の本籍地都道府県名		福岡県 都道府県名のみ（外国籍の場合は国名のみ）記入
申請者の生年月日		昭和40年4月1日 日本国籍の場合は元号、外国籍の場合は西暦で記入
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	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	なし
	(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った後、3年を経過していない者	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	なし
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	なし
	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あたって必要な認知、判断および意思疎通を適切に行うことができない者	なし
	(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	なし
	備考	添付書類の省略がある場合は、この欄に省略する書類の名称、過去の申請等の名称、過去の申請等の年月日を記載すること

上記により、販売従事登録を申請します。

令和XX年XX月XX日

申請者住所は、県内の者は市町村名から、県外の者は都道府県名から記載すること

申請者住所 福岡市博多区東公園7番7号

申請者氏名 福岡 太郎

現在の知事名は「服部 誠太郎」

福岡県知事 服部 誠太郎 殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 申請者の欠格事項の(1)欄から(7)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、あるときは、(1)及び(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、刑の確定年月日及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)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を記載すること。また、(6)欄に該当するおそれがある者については、同欄に「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すること。

診 断 書

氏 名		年 令	才
生年月日	年 月 日		

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

- 明らかに該当なし
- 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（できるだけ具体的に）

※ 詳細については別紙も可

診断年月日	年 月 日	
医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称	
	所 在 地	T E L
	氏 名	印

雇用契約書（販売従事登録申請用）

年　　月　　日

雇用者住所

氏名

印

被雇用者住所

氏名

印

雇用者（以下「甲」という。）と被雇用者（以下「乙」という。）は、次の条件により雇用契約を締結する。

- 1 甲は乙を以下に掲げる甲の店舗において、一般用医薬品の販売に関する業務に従事させる。

店舗名

店舗住所

- 2 乙は甲の店舗において、毎日午前 時 分から午後 時 分まで勤務する。

ただし、（ ）は休日とする。

- 3 甲は乙に対し、次の条件により賃金を支払う。

賃金形態	月給・日給・時間給・その他	賃金支払日	毎月 日・その他（ ）
基本給 _____円	その他の手当等付記事項	賃金締切日	毎月 日・その他（ ）
手当(定額) _____円		備 考	
計 _____円			
通勤手当 _____円			

- 4 甲及び乙はこの契約の成立を証するため、記名捺印の上各一通を所持する。

雇用契約書（販売従事登録申請用）

年　　月　　日

雇用者住所

氏名

印

被雇用者住所

氏名

印

雇用者（以下「甲」という。）と被雇用者（以下「乙」という。）は、次の条件により雇用契約を締結する。

1 甲は乙を以下に掲げる区域において、一般用医薬品の配置販売に関する業務に従事させる。

配置区域

2 乙は、毎日午前 時 分から午後 時 分まで勤務する。

ただし、() は休日とする。

3 甲は乙に対し、次の条件により賃金を支払う。

賃金形態	月給・日給・時間給・その他	賃金支払日	毎月 日・その他()
基本給 _____円	その他の手当等付記事項	賃金締切日	毎月 日・その他()
手当(定額) _____円		備 考	
計 _____円			
通勤手当 _____円			

4 甲及び乙はこの契約の成立を証するため、記名捺印の上各一通を所持する。