

青森県証紙貼付欄 (7,400円) 注意：証紙が重ならないように貼付すること。			
---	--	--	--

様式第八十四

配置従事者身分証明書交付申請書（新配置）

申請者の氏名		
申請者の生年月日		年 月 日
申請者の種別		薬剤師 ・ 登録販売者 ・ 一般従事者
配置販売業者	氏名	
	住所	〒 ー
	許可番号及び年月日	
備考	●外部研修受講状 本年：受講（自社・協会等の団体） ・ 未受講	

上記により、配置従事者身分証明書の交付を申請します。

※青森県収入証紙 確認者 貼付額 7,400円 印

年 月 日

〒 ー

申請者住所

申請者氏名

青森県知事

殿

※（収受印 押印欄）

（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^{かい}ではつきりと書くこと。

添付書類確認票（配置身分証明書（新配置））

申請書のあとに、以下の書類を添付して申請してください。

No.	添付書類名	チェック欄
1	雇用契約書の写し若しくは配置販売業者のその配置員に対する使用関係を証する書類 (申請者が配置販売業の許可を取得している場合を除く。)	
2	写真（袋に入れて留めること） ※縦3.2×横2.4センチメートル、申請前6か月以内に撮影した正面脱帽、上半身像で無背景のもの ※裏面に氏名及び生年月日を記載すること	
3	配置従事者の資格を証明する書類 ※薬剤師及び登録販売者のみ。原本照合を受けた写しを提出する。	
4	配置販売業許可証の写し ※本県で許可を受けていない場合のみ。他の都道府県で受けている許可証の写しの提出する（一都道府県分のみでよい）	

使用関係証明書

年 月 日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）
使用者
氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

住所
被使用者
氏名

私どもは、下記のとおり使用関係にあることを証明します。

記

1 営業所等の名称

2 営業所等の所在地

3 勤務時間

4 休日

5 業務内容（ア又はイに○をつける。また、括弧内の該当する専門家○をつける。）

ア 区域管理者（ 薬剤師 ・ 登録販売者 ）

イ 区域管理者以外の専門家（ 薬剤師 ・ 登録販売者 ）

ウ 一般従事者

青森県知事 殿

住 所
氏 名

配 置 従 事 届 出 書

下記のとおり医薬品の配置販売に従事したいので、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32条の規定により届け出ます。

記

配置販売業者	住 所		
	氏 名		
配置従事者	住 所		
	氏 名		
配置従事身分証明書受領後から 年 月 日から 年 月 日まで	区 域		
	連絡先		
年 月 日から 年 月 日まで	区 域		
	連絡先		
年 月 日から 年 月 日まで	区 域		
	連絡先		
年 月 日から 年 月 日まで	区 域		
	連絡先		

注 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。

※新規申請の場合は、従事期間の始期を「配置従事身分証明書受領後から」を○で囲むこと。

※従事期間の末期は、提出年の末日までとすること。

※ (収受印 押印欄)