様式１（既存）

配置販売業許可申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 営業の区域 | 佐賀県一円 |  |
| 取り扱おうとする品目 | 名　称 | 成分及び分　　量 | 用法及び用　　量 | 効能又は効　　果 | 製造販売業者の氏名又は名称 |
| 別紙のとおり |
| 申請者〔法人にあってはその業務を行う役員及び令五十条に規定する者を含む〕の欠格事項 | （１）法第75条第１項の規定により許可を取り消されたこと。 |  |
| （２）禁錮以上の刑に処せられたこと。 |  |
| （３）薬事に関する法令又はこれに 基づく処分に違反したこと。 |  |
| （４）後見開始の審判を受けている　　　こと。　　　　　　　　　　 |  |
| 備考 | ※医薬品の保管場所 ：※配 置 従 事 者 数：　　　　　名　※屋　　　　　　 号：※区域管理者(氏名･住所)：※講習会主催者(委託先) ： |

　上記により、配置販売業の許可を申請します。

　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　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)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　（　 　）

　　佐賀県知事　　　　　　　　　　様

|  |
| --- |
|  申請者等のお名前や連絡先などの個人情報については、第三者に提供することはありません。 ただし、関係法令の目的達成のため必要な場合、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむをえない場合などに提供や利用する場合があります。  詳しくは、「佐賀県プライバシーポリシーhttp://www.pref.saga.lg.jp/kiji00319144/index.html」をご覧ください。 お問い合わせは、薬務課製薬・温泉担当（電話番号：0952-25-7483）までお願いします。 |

様式２（既存）

診断書

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 年齢 | 才 |
|  上記の者について、下記のとおり診断します。記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）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２　麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒　　　□　なし　　　□　あり |
| 診断年月日 | 　　年　　月　　日 | ※詳細については別紙も可 |
| 病院・診療所等の名称 |  |
| 病院・診療所等の所在地 |  |
| 医師氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　  |

様式３（既存）

疎　明　書

　　　年　　　月　　　日

住　所

氏　名

私は　　　　　　　　　　　　　　　　　　の薬事に関する業務を行う

　　　　　　　　　　　　　ですが、下記事項に相違ないことを疎明します。

１　精神機能の障害により、欠格事由に該当するものはない。

２　麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒者ではない。

様式４（既存）

念書

　１．私は、　　　　　　　　　　　　　　の取締役です。

　２．私は、医薬品の保管、管理をするとともに、保健衛生上支障を生ずるおそれがない

　　ように配置販売の業務に関し、その配置員を指導し、監督します。

　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　佐賀県知事　　　　　　　　　　様

様式５（既存）

証明願書

　佐賀県健康福祉部薬務課長　様

住　所

氏　名

下記のとおり配置従事者身分証明書の交付を受けた者であることを証明願います。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年 | 身分証明書番号 | 有効期間 | 配置販売業者 |
|  年 | 第　　　　　号 | 自　　　月　　日至　１２月３１日 |  |
|  年 | 第　　　　　号 | 自　　　月　　日至　１２月３１日 |  |
|  年 | 第　　　　　号 | 自　　　月　　日至　１２月３１日 |  |
|  年 | 第　　　　　号 | 自　　　月　　日至　１２月３１日 |  |
|  年 | 第　　　　　号 | 自　　　月　　日至　１２月３１日 |  |
|  年 | 第　　　　　号 | 自　　　月　　日至　１２月３１日 |  |
| 必要部数 |  部 |
| 理由 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬証第　　　　　　号

　　　上記のとおり相違ないことを証明する。

　　年　　月　　日

 　　　　　　　佐賀県健康福祉部薬務課長　　印

|  |
| --- |
| 　申請者等のお名前や連絡先などの個人情報については、第三者に提供することはありません。 ただし、関係法令の目的達成のため必要な場合、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむをえない場合などに提供や利用する場合があります。  詳しくは、「佐賀県プライバシーポリシーhttp://www.pref.saga.lg.jp/kiji00319144/index.html」をご覧ください。　お問い合わせは、薬務課製薬・温泉担当（電話番号：0952-25-7483）までお願いします。 |

様式６（既存）

医薬品販売業許可更新申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 許可番号及び年月日 | Ｅ第　　　　　　　号　　　　　　　年　　　月　　　日 |  |
| 店舗の名称 |  |
| 店舗の所在地又は営業区域 | 佐賀県一円 |
| 内容変更 | 事項 | 変更前 | 変更後 |
|  |  |  |
| 申請者〔法人にあってはその業務を行う役員及び令五十条に規定する者を含む〕の欠格事項 | （１）法第75条第１項の規定により許可を取り消されたこと。 |  |
| （２）禁錮以上の刑に処せられたこと。 |  |
| （３）薬事に関する法令又はこれに 基づく処分に違反したこと。 |  |
| （４）後見開始の審判を受けている　　　こと。　　　　　　　　　　 |  |
| 備考 | ※医薬品の保管場所 ：※配 置 従 事 者 数：　　　　　名　※屋　　　　　　 号：※講習会主催者(委託先) ： |

　上記により、配置販売業の許可の更新を申請します。

　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　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)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　（　 　）

　　佐賀県知事　　　　　　　　　　様

|  |
| --- |
|  申請者等のお名前や連絡先などの個人情報については、第三者に提供することはありません。 ただし、関係法令の目的達成のため必要な場合、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむをえない場合などに提供や利用する場合があります。  詳しくは、「佐賀県プライバシーポリシーhttp://www.pref.saga.lg.jp/kiji00319144/index.html」をご覧ください。 お問い合わせは、薬務課製薬・温泉担当（電話番号：0952-25-7483）までお願いします。 |

様式７（既存）

配置販売業取扱い品目申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 許可番号及び年月日 | Ｅ第　　　　　　号 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 店舗の所在地又は営業区域 | 佐賀県一円 |
| 取り扱おうとする品目 | 名称 | 成分及び分　　量 | 用法及び用　　量 | 効能又は効　　果 | 製造販売業者の氏名又は名称 |
| 別紙のとおり |
| 備考 |  |

　上記により、配置販売業の取扱い品目　　を申請します。

　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　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)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　（　 　）

　　佐賀県知事　　　　　　　　　　様

|  |
| --- |
|  申請者等のお名前や連絡先などの個人情報については、第三者に提供することはありません。 ただし、関係法令の目的達成のため必要な場合、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむをえない場合などに提供や利用する場合があります。  詳しくは、「佐賀県プライバシーポリシーhttp://www.pref.saga.lg.jp/kiji00319144/index.html」をご覧ください。 お問い合わせは、薬務課製薬・温泉担当（電話番号：0952-25-7483）までお願いします。 |

様式８の１（既存）

品目表

　申請者名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 収載台帳県　　名 | 巻数 | 品目番号 | 品目の名称 | 製造販売業社名 |
| 富山県、奈良県、滋賀県、佐賀県及び熊本県の台帳に収載された品目　ただし、次に掲げるものを除く。 (1) 　昭和３６年２月１日付け厚生省告示第１６号「配置販売品目指定基準」　　　の別表に掲げる以外の有効成分を含有する品目及び同表に掲げる以外の効　　　能又は適応症が表示されている品目。 (2)　 分割用法のある品目のうち、内服液剤及び分割服用が容易に行い得ない丸剤。 |

別紙８の２（既存）

品目表

　申請者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｎｏ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 収載台帳県　　名 | 巻数 | 品目番号 | 品目の名称 | 製造販売業者名 |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |

様式８の３（既存）

取扱い品目一覧表

　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｎｏ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 収載台帳県　　名 | 巻数 | 品目番号 | 品目の名称 | 製造販売業者名 |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |
|  |  | － |  |  |

様式９（既存）

許可証書書換え交付申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の種別 | 配置販売業 |
| 許可番号及び年月日 | Ｅ第　　　　　号　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 営業区域 | 佐賀県一円 |
| 内変容更 | 事　　　　項 | 変　　　更　　　前 | 変　　　更　　　後 |
|  |  |  |
| 変更年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
|  |  |

　上記により、許可証の書換え交付を申請します。

　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　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)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　（　 　）

　　佐賀県知事　　　　　　　　　　様

|  |
| --- |
|  申請者等のお名前や連絡先などの個人情報については、第三者に提供することはありません。 ただし、関係法令の目的達成のため必要な場合、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむをえない場合などに提供や利用する場合があります。  詳しくは、「佐賀県プライバシーポリシーhttp://www.pref.saga.lg.jp/kiji00319144/index.html」をご覧ください。 お問い合わせは、薬務課製薬・温泉担当（電話番号：0952-25-7483）までお願いします。 |

様式１０（既存）

許可証再交付申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の種別 | 配　　置　　販　　売　　業 |
| 許可番号及び年月日 | Ｅ第　　　　　号　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 営業区域 | 佐　　賀　　県　　一　　円 |
| 再交付申請の理由 |  |
| 備考 |  |

　上記により、許可証の再交付を申請します。

　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　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)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　（　 　）

　　佐賀県知事　　　　　　　　　　様

|  |
| --- |
|  申請者等のお名前や連絡先などの個人情報については、第三者に提供することはありません。 ただし、関係法令の目的達成のため必要な場合、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむをえない場合などに提供や利用する場合があります。  詳しくは、「佐賀県プライバシーポリシーhttp://www.pref.saga.lg.jp/kiji00319144/index.html」をご覧ください。 お問い合わせは、薬務課製薬・温泉担当（電話番号：0952-25-7483）までお願いします。 |

様式１１（既存）

変更届書

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の種別 | 配　　置　　販　　売　　業 |
| 許可番号及び年月日 |  Ｅ第　　　　　号　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 営業区域 | 佐　　賀　　県　　一　　円 |
| 内変容更 | 事　　　項 |  変　　　更　　　前 | 変　　　更　　　後 |
|  |  |  |
| 変更年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 備　　　　　考 |  |

　上記により、変更の届出をします。

　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　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)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　（　 　）

　　佐賀県知事　　　　　　　　　　様

|  |
| --- |
|  申請者等のお名前や連絡先などの個人情報については、第三者に提供することはありません。 ただし、関係法令の目的達成のため必要な場合、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむをえない場合などに提供や利用する場合があります。  詳しくは、「佐賀県プライバシーポリシーhttp://www.pref.saga.lg.jp/kiji00319144/index.html」をご覧ください。 お問い合わせは、薬務課製薬・温泉担当（電話番号：0952-25-7483）までお願いします。 |

様式１２（既存）

休　　止

廃　　止　　届　　書

再　　開

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の種別 | 配　　置　　販　　売　　業 |
| 許可番号及び年月日 | Ｅ第　　　　　号　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 営業区域 | 佐　　賀　　県　　一　　円 |
| 休　止廃止年月日再　開 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 備　　　　　考 |  |

　　　　　　　休止

　上記により、廃止の届出をします。

　　　　　　　再開

　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　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)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　（　 　）

　　佐賀県知事　　　　　　　　　　様

|  |
| --- |
|  申請者等のお名前や連絡先などの個人情報については、第三者に提供することはありません。 ただし、関係法令の目的達成のため必要な場合、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむをえない場合などに提供や利用する場合があります。  詳しくは、「佐賀県プライバシーポリシーhttp://www.pref.saga.lg.jp/kiji00319144/index.html」をご覧ください。 お問い合わせは、薬務課製薬・温泉担当（電話番号：0952-25-7483）までお願いします。 |

様式１３（既存）

配置従事者身分証明書交付申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配置販売業者 | 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 許　　可番　　号及　　び年 月 日 | 　　　　　　県第　　　　　　号　　　　　　　年　　月　　日　 |
| 　　　　　　県第　　　　　　号　　　　　　　年　　月　　日　 |
| 　　　　　　県第　　　　　　号　　　　　　　年　　月　　日　 |
| 　　　　　　県第　　　　　　号　　　　　　　年　　月　　日　 |
| 　　　　　　県第　　　　　　号　　　　　　　年　　月　　日　 |
| 備 　考 | 所属組合名：（　　　　　　）交付希望日：　　　　　年　　　月　　　日講習会主催者(委託先)：（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　上記により、配置従事者身分証明書の交付を申請します。

　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　　月　　　日　　生

　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　ＴＥＬ　　　　（　 　）

　　佐賀県知事　　　　　　　　　　様

|  |
| --- |
|  申請者等のお名前や連絡先などの個人情報については、第三者に提供することはありません。 ただし、関係法令の目的達成のため必要な場合、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむをえない場合などに提供や利用する場合があります。  詳しくは、「佐賀県プライバシーポリシーhttp://www.pref.saga.lg.jp/kiji00319144/index.html」をご覧ください。 お問い合わせは、薬務課製薬・温泉担当（電話番号：0952-25-7483）までお願いします。 |

様式１４（既存）

雇　用　証　明　書

　　　住　所

　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　年　　　月　　　日　生

　　　上記の者を配置員として雇用していることを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　住　所

 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

　　　　　配置販売業者

　　　　　　　　　　　　　氏　名

 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

様式１５（既存）

配置従事者身分証明書更新申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配置販売業者 | 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 許　　可番　　号及　　び年 月 日 | 　　　　　　県第　　　　　　号　　　　　　　年　　月　　日　 |
| 　　　　　　県第　　　　　　号　　　　　　　年　　月　　日　 |
| 　　　　　　県第　　　　　　号　　　　　　　年　　月　　日　 |
| 　　　　　　県第　　　　　　号　　　　　　　年　　月　　日　 |
| 　　　　　　県第　　　　　　号　　　　　　　年　　月　　日　 |
| 備 　考 | １．身分証明書番号　第　　　　　　　号２．所属組合名（　　　　　　） |

　上記により、配置従事者身分証明書の交付を申請します。

　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　　月　　　日　　生

　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　ＴＥＬ　　　　（　 　）

　　佐賀県知事　　　　　　　　　　様

|  |
| --- |
|  申請者等のお名前や連絡先などの個人情報については、第三者に提供することはありません。 ただし、関係法令の目的達成のため必要な場合、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむをえない場合などに提供や利用する場合があります。  詳しくは、「佐賀県プライバシーポリシーhttp://www.pref.saga.lg.jp/kiji00319144/index.html」をご覧ください。 お問い合わせは、薬務課製薬・温泉担当（電話番号：0952-25-7483）までお願いします。 |

様式１６（既存）

配置従事者身分証明書書換え交付申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配置販売業者 | 氏　　　名 |  |
| 住　　　所 |  |
| 身分証明書番号 | 第　　　　　　　　　号 |
| 発行年月日 | 　　　　　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 |  |

　上記により、配置従事者身分証明書の書換え交付を申請します。

　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　　月　　　日　　生

　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　ＴＥＬ　　　　（　 　）

　　佐賀県知事　　　　　　　　　　様

|  |
| --- |
|  申請者等のお名前や連絡先などの個人情報については、第三者に提供することはありません。 ただし、関係法令の目的達成のため必要な場合、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむをえない場合などに提供や利用する場合があります。  詳しくは、「佐賀県プライバシーポリシーhttp://www.pref.saga.lg.jp/kiji00319144/index.html」をご覧ください。 お問い合わせは、薬務課製薬・温泉担当（電話番号：0952-25-7483）までお願いします。 |

様式１７（既存）

配置従事者身分証明書再交付申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配置販売業者 | 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 住　　所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 許　　可番　　号及　　び年 月 日 | 　　　　　　県第　　　　　　号　　　　　　　年　　月　　日　 |
| 　　　　　　県第　　　　　　号　　　　　　　年　　月　　日　 |
| 　　　　　　県第　　　　　　号　　　　　　　年　　月　　日　 |
| 　　　　　　県第　　　　　　号　　　　　　　年　　月　　日　 |
| 　　　　　　県第　　　　　　号　　　　　　　年　　月　　日　 |
| 身分証明書番号 | 第　　　　　　　　　号 |
| 発行年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 再交付申請の理由 |  |
| 備　　　　　　考 |  |

　上記により、配置従事者身分証明書の再交付を申請します。

　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　　月　　　日　　生

　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　ＴＥＬ　　　　（　 　）

　　佐賀県知事　　　　　　　　　　様

|  |
| --- |
|  申請者等のお名前や連絡先などの個人情報については、第三者に提供することはありません。 ただし、関係法令の目的達成のため必要な場合、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむをえない場合などに提供や利用する場合があります。  詳しくは、「佐賀県プライバシーポリシーhttp://www.pref.saga.lg.jp/kiji00319144/index.html」をご覧ください。 お問い合わせは、薬務課製薬・温泉担当（電話番号：0952-25-7483）までお願いします。 |

様式１８（既存）

（　　　　　　　年）配置従事届書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配置販売業者 | 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 配　置従事者 | 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 身分証明書番号 | 第　　　　　　　号 |
| 発行年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 区域及び期間 | 　　　　　　　月　　日から 　　　 月　　日まで | 佐　賀　県　一　円 |
| 　　　　　　　月　　日から 　　　 月　　日まで |  |
| 　　　　　　　月　　日から 　　　 月　　日まで |  |
| 　　　　　　　月　　日から 　　　 月　　日まで |  |
| 　　　　　　　月　　日から 　　　 月　　日まで |  |

　上記により、配置従事の届出をします。

　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　ＴＥＬ　　　　（　 　）

　　佐賀県知事　　　　　　　　　　様

|  |
| --- |
|  申請者等のお名前や連絡先などの個人情報については、第三者に提供することはありません。 ただし、関係法令の目的達成のため必要な場合、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむをえない場合などに提供や利用する場合があります。  詳しくは、「佐賀県プライバシーポリシーhttp://www.pref.saga.lg.jp/kiji00319144/index.html」をご覧ください。 お問い合わせは、薬務課製薬・温泉担当（電話番号：0952-25-7483）までお願いします。 |

様式１９（既存）

配置従事者身分証明書

営業区域の変更願書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配置販売業者 | 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 許　　可番　　号及　　び年 月 日 | 配置に従事する県 | 許可番号 | 許可年月日 |
|  県 |  第 号 | 　　　　年　　月　　日 |
|  県 |  第 号 | 　　　　年　　月　　日 |
|  県 |  第 号 | 　　　　年　　月　　日 |
|  県 |  第 号 | 　　　　年　　月　　日 |
| 身分証明書番号 | 第　　　　　　　　号 |
| 発行年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 内　変容　更 | 変　　　更　　　前 | 変　　　更　　　後 |
|  |  |
| 備　考 |  |

　上記により、配置従事者身分証明書の営業区域の変更をお願いします。

　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　　月　　　日　　生

　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　ＴＥＬ　　　　（　 　）

　　佐賀県知事　　　　　　　　　　様

|  |
| --- |
|  申請者等のお名前や連絡先などの個人情報については、第三者に提供することはありません。 ただし、関係法令の目的達成のため必要な場合、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむをえない場合などに提供や利用する場合があります。  詳しくは、「佐賀県プライバシーポリシーhttp://www.pref.saga.lg.jp/kiji00319144/index.html」をご覧ください。 お問い合わせは、薬務課製薬・温泉担当（電話番号：0952-25-7483）までお願いします。 |

様式２０（既存）

配置従事者身分証明書返納届書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配　　置販売業者 | 氏　　　名 |  |
| 住　　　所 |  |
| 身分証明　書 | 証明書番号 | 第　　　　　　号 |
| 発行年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 返納年月日（配置に従事しなくなった日） | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 返　納　理　由 |  |

　上記により、配置従事者身分証明書を返納します。

　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　　月　　　日　　生

　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　ＴＥＬ　　　　（　 　）

　　佐賀県知事　　　　　　　　　　様

|  |
| --- |
|  申請者等のお名前や連絡先などの個人情報については、第三者に提供することはありません。 ただし、関係法令の目的達成のため必要な場合、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむをえない場合などに提供や利用する場合があります。  詳しくは、「佐賀県プライバシーポリシーhttp://www.pref.saga.lg.jp/kiji00319144/index.html」をご覧ください。 お問い合わせは、薬務課製薬・温泉担当（電話番号：0952-25-7483）までお願いします。 |