動物用医薬品販売従事登録申請書

**証紙は内容確認後に貼付しますので貼らずにお持ちください**

香　川　県　証　紙　貼　付　欄

**窓口で内容確認後に記入**

令和　　年　　月　　日

香川県知事 浜　田　恵　造　殿

住所　**高松市番町1丁目1番10号**

氏名　**香川　太郎**

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

**ふりがなを忘れずに**

１

２　申請者の**本籍地**都道府県名　　**香川県**

３　申請者の生年月日

大正 ・ 昭和 ・ 平成　　**６０**年　**１** 月　**１** 日

４　申請者の性別

男　・　女

５　申請者が法第5条第3号イからトまでに該当することの有無

**店舗の動物用医薬品販売許可番号を記入**

　　　**「該当しない」、該当する場合には該当する事案の概要を記載**

６　参考事項

　　　連絡先電話番号(昼間)　自宅・勤務先・携帯　　090 － 1234 － 5678

従事しようとする店舗等(会社名･店舗名・住所・許可番号)

会社名　**株式会社　××薬品**　　　　許可番号　**東・西部〇－〇号**

**該当するものに〇を付ける(香川県に人体薬用の手続きが済んでいる場合は、省略できます)**

店舗名　**××薬品　△△店**　　　　　住所　**〇〇市〇〇町〇〇番地**

　　　省略する書類(○)

**迅速な交付のため、省略書類のコピーがあれば添付する**

　　　　　・申請者が動物用医薬品登録販売者試験等に合格したことを証する書類

　　　　　・申請者の戸籍記載事項証明書

　　　　　・雇用契約書の写し

 　　　提出先：**□□保健福祉事務所**　　　提出年月日：令和　**３**年　**６**月　**１**日(頃)

**人体薬用の書類を提出した場所と時期を記入**

（日本工業規格Ａ４）