

一般社団法人東京都医薬品配置協会
会長 小川 孝一 様

東京都健康安全研究センター広域監視部長
仁科 彰則

配置従事者身分証明書（継続）の交付申請について（通知）

日ごろより、東京都の薬事行政に御理解と御協力をいただき、厚く御礼申し上げます。
さて、東京都の配置従事者身分証明書の交付を受けている方で、身分証明書の有効期限が令和元年12月31日までの方は、翌年以降も引き続き配置販売に従事される場合、継続する身分証明書の交付申請が必要となります。
つきましては、継続する身分証明書の交付申請の受付を下記のとおり行いますので、貴会会員への周知方よろしくお取り計らい願います。

記

1 申請書の受付期間及び身分証明書の交付日

受付期間	交付日
令和元年11月1日(金曜日)から 令和元年12月13日(金曜日)まで	申請書受理から10日程度で交付 (年内に交付)
令和元年12月16日(月曜日)から 令和元年12月27日(金曜日)まで*	令和2年1月6日(月曜日)以降順次交付

- *令和元年12月16日(月曜日)以降に受け付けた申請については、年内に身分証明書を交付することができないため、令和2年1月1日以降は新たな身分証明書がお手元に届くまで配置販売に従事できませんので、早めの申請をお願いします。
- ・郵送による申請書の提出も可能ですが、薬事監視指導課に到着した日が「受付日」となります。
 - ・郵送による交付を希望される場合は、「交付日」に当課から簡易書留で新しい身分証明書を発送します。この場合、申請時に裏面3(9)を御用意ください。
なお、「配達日指定」を希望される場合は、郵便料金が異なりますのでご注意ください。
 - ・申請書類等に不備があった場合、身分証明書の交付が上記より遅れることがあります。
 - ・都外に転居された場合は、転居先の道府県で申請してください。

2 申請窓口について

- ・受付窓口：〒169-0073 東京都新宿区百人町3-24-1 東京都健康安全研究センター本館1階
東京都健康安全研究センター広域監視部薬事監視指導課薬事審査担当
- ・受付時間：平日(年末年始(12月29日から1月3日まで)を除く) 9時から16時30分まで
(なるべく16時までには御来所ください。)
- ・郵送による申請の送付先：上記受付窓口の住所宛に送付してください。ただし郵送中の事故については責任を負いかねますので、配達記録の確認ができる手段により郵送してください。
- ・問合せ先：電話 03-5937-1027 ファクシミリ 03-5937-1043

配置従事者身分証明書交付申請の留意事項について

1 提出書類等

提出物	提出部数	記載上の注意等
配置従事者身分証明書交付申請書 (様式八十四)	1部	配置販売業者の許可番号及び年月日の欄について、配置販売業許可証の許可番号及び有効期間の始期年月日を記入してください。 備考欄の記載について、配置区域は、「東京都一円」「埼玉県一円」等と記入してください。連絡先電話番号欄には、申請内容についての照会が可能な連絡先を記入してください。 申請書下部の申請者の住所・氏名欄は、アパート名等も含め住民票どおりに正確に記入してください。
手数料		現金 8,400円 (郵送で申請される場合は郵便為替でも可能です。その場合には、郵便為替の指定受取人欄は記入しないでください。)
添付書類	使用関係を証明する書類 (証書)	1部 申請する配置従事者が、配置販売業者の開設者(法人の場合は代表者)の場合は不要です。
	申請者本人の住民票	1部 発行の日から3か月以内のものを添付してください。来庁により申請する場合は、住所を確認できるものとして、運転免許証の写し又は健康保険証の写しでも構いません。(本証も持参してください。)
	写真	1部 縦3.2cm×横2.4cm、正面脱帽 上半身像で無背景、撮影から6か月以内(裏面に氏名を記載したもの)
	資格を証明する書類	原本 1部 写し 1部 申請者の種別が、薬剤師または登録販売者の場合。薬剤師免許証(原本)と(写し)または販売従事登録証(原本)と(写し) *来庁での申請の際には窓口で、郵送での申請の場合には身分証を交付する際に原本を返却します。
	配置販売業許可書の写し	1部 東京都知事の配置販売業許可を受けていない場合、提出してください。
配置従事届	1部 東京都内で配置販売に従事する場合、提出してください。	

2 留意事項

- 申請書及び配置従事届の氏名欄については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載してください。
- 郵送による申請も可能です。その場合には、薬事監視指導課(申請窓口)に到着した日が受付日となります。
なお、郵送中の事故については責任を負いかねますので、配達記録の確認できる手段により郵送してください。
- 作成した身分証明書を郵送で受け取りたい場合は、簡易書留で送付しますので、切手404円分(郵送料84円、簡易書留料金320円)を貼付した返信用定形封筒(長3)を申請時に提出してください。
なお、薬剤師免許証又は販売従事登録証を添えて郵送申請した場合は、それらの証明書が封入できる返信用封筒及びそれに応じた返信用切手をご用意ください。また、複数名の身分証明書を同時に申請する場合は、枚数に応じた返信用切手を御用意ください。

3 申請窓口及び問合せ先

〒169-0073 東京都新宿区百人町3-24-1 東京都健康安全研究センター本館1階
東京都健康安全研究センター広域監視部薬事監視指導課薬事審査担当
電話 03-5937-1027 ファクシミリ 03-5937-1043
受付時間：平日(年末年始(12月29日から1月3日まで)を除く)9時から16時30分まで



配置従事者身分証明書交付申請書

申請者の氏名		
申請者の生年月日		昭和 平成 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	電話番号 ()
	許可番号及び年月日	第 号 平成・令和 年 月 日 東京都で許可を受けていない場合 道・府・県 第 号 平成・令和 年 月 日
備考	<ul style="list-style-type: none"> ・ 配置区域 ・ 身分証明書の交付 新規・継続 (いずれかを○で囲む) 継続の場合 ・ 前回交付された身分証明書番号 平成・令和 年 第 号 ・ 添付書類を省略する場合は、該当する番号を○で囲んでください。 1 使用関係を証明する書類（証書）について、前回申請時と内容に変更がないので、添付を省略します。 2 住民票について、前回申請時と内容に変更がないので、添付を省略します。 ・ 連絡先電話番号 () 	

上記により、配置従事者身分証明書の交付を申請します。

令和 年 月 日

申請者住所

ふりがな

申請者氏名

印

東京都知事 殿

(注意)

- 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、楷書ではつきりと書くこと。
- 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。



配置従事者身分証明書交付申請書

申請者の氏名		東京 太郎	
申請者の生年月日		昭和 平成 ○○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	〇〇配置薬株式会社	
	住所	東京都新宿区西新宿二丁目8番1号 電話番号 03 (5321) 1111	
	許可番号及び年月日	第 5700000000 号 平成 令和 ○○年 ○○月 ○○日 東京都で許可を受けていない場合 道・府・県 第 号 平成・令和 年 月 日	
備考	<p>配置区域を記入</p> <ul style="list-style-type: none"> 配置区域 東京都一円 身分証明書の交付 新規 継続 (いずれかを○で囲む) 継続の場合 <ul style="list-style-type: none"> 前回交付された身分証明書番号 平成 令和 ○○年 第〇〇〇〇号 添付書類を省略する場合は、該当する番号を○で囲んでください。 ① 使用関係を証明する書類 (証書) について、前回申請時と内容に変更がないので、添付を省略します。 ② 住民票について、前回申請時と内容に変更がないので、添付を省略します。 連絡先電話番号 □□ (△△△△) 〇〇〇〇 <p>都で許可を受けていない場合に記入</p>		

上記により、配置従事者身分証明書の交付を申請します。

令和 □□年 △月 ×日

継続を○で囲んだ場合、有効期間の始期年、番号を記入してください。継続申請は例年11月から受付開始です。

申請者住所 東京都新宿区百人町3丁目24番1号

ふりがな どうきょう たろう

申請者氏名 東京 太郎 印

東京都知事 殿

住所地の都道府県知事に申請

楷書で正確に記入し、必ずふりがなを記入してください。

(注意)

- 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、楷書ではつきりと書くこと。
- 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。

証 書

私どもは下記事項を条件として使用関係にあることを証します。

令和 年 月 日

使 用 者 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

被 使 用 者 住 所

氏 名

印

記

- 業 務 区域管理者（薬剤師・登録販売者・
勤務薬剤師（常勤、非常勤、派遣）
勤務登録販売者（常勤、非常勤、派遣）
一般従事者（常勤、非常勤、派遣）
- 勤 務 時 間 午前 時 分から午後 時 分まで
- 勤 務 日 週 日（ 曜日から 曜日まで）

備 考

- 勤務日は、1週間に勤務する日数及び曜日を記載すること。
- 該当する文字に丸を付けること。

証 書

私どもは下記事項を条件として使用関係にあることを証します。

令和 □□年 □□月 □□日

身分証明書の申請年月日以前の日付を記入してください。
記入もれが多いため、必ず記入してください。

使 用 者 住 所 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

〔法人にあつては、主たる
事務所の所在地〕

氏 名 ○○配置薬株式会社

代表者の印

代表取締役 ○○ △△ 印

〔法人にあつては、名称
及び代表者の氏名〕

被 使 用 者 住 所 東京都新宿区百人町3丁目24番1号

楷書で正確に記入してください。

氏 名 東 京 太 郎 印

記

1 業 務 区域管理者（薬剤師・登録販売者・ ）

勤務薬剤師（常勤、非常勤、派遣）

勤務登録販売者（常勤、非常勤、派遣）

一般従事者（常勤、非常勤、派遣）

該当するものを○で囲んでください。

2 勤務時間 午前 9時00分から午後 5時00分まで

3 勤務日 週 5日（ 月曜日から 金曜日まで）

備 考

- 1 勤務日は、1週間に勤務する日数及び曜日を記載すること。
- 2 該当する文字に丸を付けること。

配置従事届の留意事項について

1 提出書類

提出物	提出部数
配置従事届	1部

2 留意事項

- (1) 東京都内で配置に従事する場合には、あらかじめ提出してください。なお、東京都知事に身分証明書の交付申請を行う場合は申請時に提出してください。この場合、東京都において従事する予定のみを記載し、身分証明書の有効期間分を1枚に記入してください。(従事期間の始期は、身分証明書の新規申請時に提出する場合、空欄でかまいません。)
- (2) 配置販売業者の氏名欄の(配置・既存)の該当する方に○をつけてください。
東京都の場合
配置…平成21年6月1日以降、改正法に基づく配置販売業の許可を取得した(する)方。
(業の許可番号が「57」で始まる方)
既存…既存配置販売業者の方。(業の許可番号が「07」で始まる方)
- (3) 既存配置販売業者の方は、種別欄(薬剤師・登録販売者・一般従事者)の記載は不要です。
- (4) 郵送による届出も可能です。その場合には、薬事監視指導課(届出窓口)に到着した日が受付日となります。
- (5) 他の道府県で配置に従事する場合は、配置従事届を当該道府県知事へ、あらかじめ届け出てください。

3 届出窓口及び問合せ先

〒169-0073 東京都新宿区百人町3-24-1 東京都健康安全研究センター本館1階
東京都健康安全研究センター広域監視部薬事監視指導課薬事審査担当
電話 03-5937-1027 ファクシミリ 03-5937-1043
受付時間：平日(年末年始(12月29日から1月3日まで)を除く)9時から16時30分まで

様式第4号(第4条関係)

配 置 従 事 届 書 (令 和 年)			
配 置 販 売 者 業 者	住 所		
	氏 名		(配置・既存)
配 従 事 置 者	住 所		
	氏 名		
	種 別		薬剤師・登録販売者・一般従事者
区 域 及 び 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		
	年 月 日から 年 月 日まで		
	年 月 日から 年 月 日まで		
<p>上記のとおり配置従事の届出をします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名 (印)</p> <p>東京都知事 殿</p> <p>(注意) 1 字は、ボールペン、インク等を用い、楷書^{かい}ではつきりと書くこと。</p> <p>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。</p>			
100mm			

148mm

様式第4号(第4条関係)

従事する年を記入してください。(最大2年)

配置従事届書 (令和 2 3 年)

配 置 販 売 者	住 所	東京都新宿区西新宿二丁目8番1号
	氏 名	〇〇配置薬株式会社 (配置) 既存
配 従 事 者	住 所	東京都新宿区百人町三丁目24番1号
	氏 名	東京 太郎
	種 別	薬剤師 (登録販売者) 一般従事者
区 域 及 び 期 間	令和2年 1月 1日から 令和2年12月31日まで	東京都一円
	令和3年 1月 1日から 令和3年12月31日まで	〃
	年 月 日から 年 月 日まで	

該当する方に○をつけてください。

既存配置販売業者の従事者の方は記載は不要です。

区域及び期間については、このとおりに記入してください。

身分証明書の申請年月日を記載してください。

上記のとおり配置従事の届出をします。

令和 ○年 ○月 ○日

氏名 東京 太郎 (印)

東京都知事 殿

- (注意) 1 字は、ボールペン、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
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。

148mm

100mm

※配置従事届は、令和2、3年分を1枚の用紙に記入してください。

※配置販売業者の氏名欄の(配置・既存)の別は、東京都の場合

配置…平成21年6月1日以降、配置販売業の許可を取得した方で業の許可番号が「57」で始まる方。

既存…既存配置販売業者の方で、業の許可番号が「07」で始まる方

返納届の留意事項について

1 提出書類

提出物	提出部数
配置従事者身分証明書返納届書	1部
身分証明書	1部

2 提出上の留意事項

- (1) 東京都で身分証明書の交付を受けている方が、他道府県へ転出する場合は、当該身分証明書を東京都知事あてに返納してください。引き続き配置に従事する場合は、転居先の住所地の道府県で新たに身分証明書交付申請を行ってください。
- (2) 上記(1)のほか返納届出を要する例
 - ア 配置販売業の廃止・許可の失効。
 - イ 配置従事者の退職・死亡。
 - ウ 身分証明書の書換え交付、再交付を受けた場合。
- (3) 郵送による届出も可能です。その場合には、薬事監視指導課（届出窓口）に到着した日が受付日となります。

3 届出窓口及び問合せ先

〒169-0073 東京都新宿区百人町3-24-1 東京都健康安全研究センター本館1階
東京都健康安全研究センター広域監視部薬事監視指導課薬事審査担当
電話 03-5937-1027 ファクシミリ 03-5937-1043
受付時間：平日（年末年始(12月29日から1月3日まで)を除く）9時から16時30分まで



令和 年 月 日

東京都知事 殿

届出者 住所
氏名



配置従事者身分証明書返納届書

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8条の規定により、旧身分証明書を返納します。

配置従事者の氏名	
返納理由及び返納理由が発生した日	返納理由： 返納理由が発生した日： 令和 年 月 日

(注意)

- 1 字は、ボールペン、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 2 破り、又は汚した場合は、その身分証明書を添付すること。
- 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。



様式第8号(第8条関係)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

東京都知事 殿

届出者 住所 東京都〇〇〇—〇—〇
氏名 東京 太郎



配置従事者身分証明書返納届書

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8条の規定により、旧身分証明書を返納します。

配置従事者の氏名	東京 太郎
返納理由及び返納理由が発生した日	返納理由： 返納理由が発生した日： 令和〇〇年〇〇月〇〇日

(注意)

- 1 字は、ボールペン等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 2 破り、又はその身分証明書を添付すること。
- 3 氏名については、又は自筆による署名のいずれかにより記載すること。

(返納理由の例)

- ・ 有効期間満了
- ・ 配置従事者の退職・死亡
- ・ (東京都で身分証明書の交付を受けていたが) 他道府県へ転出
- ・ 配置販売業の廃止、許可の失効
- ・ 再交付を受けた後、紛失した身分証明書を発見 等

休 止
廃 止 届 書
再 開



業 務 の 種 別	配置販売業		
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日	第	号 平成・令和	年 月 日
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所	名 称	_____	
	所 在 地	東京都一円	
休止、廃止又は再開の年月日	令和	年	月 日
備 考			

休 止
上記により、廃 止 の届出をします。
再 開

令和 年 月 日

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

東 京 都 知 事 殿

電話番号 ()
担当者名

(注意)

- 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、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 業務の種別欄には、薬局、薬局製造販売医薬品の製造販売業、製造業、店舗販売業、配置販売業、卸売販売業、薬種販売業、特例販売業、高度管理医療機器等の販売業・貸与業、管理医療機器の販売業・貸与業の別を記載すること。
- 4 管理医療機器の販売業又は貸与業にあつては、許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日欄に、その販売業又は貸与業の届出を行つた年月日を記載すること。
- 5 休止の場合には、休止、廃止又は再開の年月日欄に「〇年〇月〇日まで休止の予定」と付記すること。
- 6 配置販売業にあつては、所在地欄に営業区域を記載し、名称欄の記載を要しないこと。

様式第八 (第十八条、第百三十二条、第百五十九条の二十三、第百七十七条、第百九十六条の十三関係)

届 書

休 止
 廃 止
 再 開

該当するものを○で囲んでください。

業 務 の 種 別	配置販売業	有効期間の開始日を記載してください。
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日	第 号 平成 令和 〇〇年〇〇月〇〇日	
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所	名 称	
	所 在 地	東京都一円
休止、廃止又は再開の年月日	令和××年××月××日	休止・廃止・再開が発生した日付を記載してください。
備 考	従前の許可証を紛失のため添付できない場合は、その旨を「備考欄」に記載してください。	

上記により、休 止
廃 止
 再 開

該当するものを○で囲んでください。

の届出をします。

令和 年 月 日 ← 申請日を記載してください。

住 所 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕

氏 名 株式会社〇〇薬品
 代表取締役 東京 太郎

〔法人にあつては、名称及び代表者の氏名〕

開設者住所・氏名を記載してください。

代表者印を押印してください。

印

東 京 都 知 事 殿

電話番号 ()

担当者名

(注意)

- 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、楷書ではつきりと書くこと。
 - 3 業務の種類欄には、薬局、薬局製造販売医薬品の製造販売業、製造業、店舗販売業、配置販売業、卸販売業、薬種販売業、特例販売業、高度管理医療機器等の販売業・貸与業、管理医療機器の販売業・貸与業の別を記載すること。
 - 4 管理医療機器の販売業又は貸与業にあつては、許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日欄に、その販売業又は貸与業の届出を行った年月日を記載すること。
 - 5 休止の場合には、休止、廃止又は再開の年月日欄に「〇年〇月〇日まで休止の予定」と付記すること。
 - 6 配置販売業にあつては、所在地欄に営業区域を記載し、名称欄の記載を要しないこと。
- 連絡先・担当者氏名を記載してください。

配置販売業変更届書の提出部数及び記載上の注意

1 提出書類等

書 類	提出部数	記 載 上 の 注 意
<p>変更届書 【様式第六】</p>	1	<p>1 業務の種別欄は、配置販売業と記載します。 2 許可番号欄は、許可証のとおり記載します。許可年月日は、有効期間の始期の年月日を記載します。 3 変更内容欄は、変更前・変更後の内容を記載します。 4 変更年月日欄は、実際に変更した年月日（法人の登記事項の変更については、変更の事実があった年月日）を記載してください。 5 変更事項が複数あり、それぞれ変更年月日が異なる場合は、併記又は別紙として記載しても構いません。 6 業務を行う役員の変更の場合で、変更後の役員が欠格条項に該当しない場合は、備考欄に「医薬品及び医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第5条第3号イからへまでのいずれかに掲げる者及び成年被後見人に該当しない。」旨を記載します。 7 この届書は、変更してから30日以内に提出しなければなりません。</p>
<p><変更届が必要な事項及び添付書類等></p>		
<p>変更事項</p>	<p>添付書類及び記載上の注意</p>	
<p>申請者（開設者）の氏名又は住所（法人にあっては法人名（商号）又は登記された本店の所在地）</p>	<p>1 法人の場合：変更内容（変更前後）が確認できる登記の履歴事項証明書を添付してください。（6か月以内に発行されたものが有効です。） (1) 合併等で別法人に変わることによる名称変更は、新規許可申請を行ってください。 (2) 同一法人で、名称のみ変更する場合又は組織変更による名称変更は、変更届書です。 2 個人の場合：変更内容（変更前後）が確認できる住民票・戸籍謄（抄）本を添付してください。（6か月以内に発行されたものが有効です。） 3 許可証を書き換える場合は、別途書換え交付申請を行ってください。</p>	
<p>業務を行う役員の氏名（申請者が法人の場合）</p>	<p>1 変更した役員の就退任日が確認できる、登記の履歴事項証明書を添付してください。（6か月以内に発行されたものが有効です。） 2 新たに業務を行う役員に就任した者の診断書又は疎明書を添付してください。 3 業務を行う役員を画定した場合は、役員の業務分担の組織図又は業務分掌表を添付してください。</p>	
<p>相談時及び緊急時の連絡先</p>	<p>添付書類なし。相談時及び緊急時の連絡先は、連絡のとれる電話番号又はメールアドレスを記載してください。</p>	
<p>通常の営業日及び営業時間</p>	<p>添付書類なし。</p>	
<p>区域管理者の氏名、住所（別人に変更した場合）</p>	<p>1 薬剤師免許証又は販売従事登録証の写し及び本証を添付してください。（本証は確認後返却します。） 2 区域管理者が申請者に雇用されている場合、勤務時間数が記載された証書（使用関係を証明する書類）を添付してください。 3 登録販売者が区域管理者になる場合、別紙【配置販売業の区域管理者が登録販売者の場合の提出書類】を参照し、該当の書類を添付してください。</p>	
<p>区域管理者の氏名、住所又は週当たり勤務時間数（同一人のまま氏名、住所又は週当たり勤務時間数を変更した場合）</p>	<p>・氏名を変更した場合は、変更内容（変更前後）が確認できる戸籍謄（抄）本（発行後6か月以内のもの）を添付してください。（確認後返却します。） ・住所を変更した場合・添付書類なし。 ・週当たり勤務時間数を変更する場合・勤務時間数が記載された証書（使用関係を証明する書類）</p>	

配置販売業の区域管理者が登録販売者である場合の提出書類

書 類	提出 部数	記 載 上 の 注 意
<p>業務従事証明書(様式19)</p> <p>※登録販売者として従事した期間について証明する書類 ※様式19又は様式20の合計が過去5年間のうち通算して2年以上必要です。</p> <hr/> <p>業務従事証明書(様式20)</p> <p>※一般従事者として従事した期間について証明する書類 ※様式19又は様式20の合計が過去5年間のうち通算して2年以上必要です。</p>	<p>1</p>	<p>★平成26年度までの試験に合格した登録販売者については不要です。(経過措置期間中に限る)</p> <p>【様式19・20共通】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 薬局、店舗販売業又は配置販売業において登録販売者として業務(様式19)又は一般従事者として薬剤師又は登録販売者の管理及び指導の下に実務(様式20)に従事した登録販売者を区域管理者とする場合に提出が必要です。 2 業務又は実務に従事した期間は月単位で計算し、1か月に80時間以上従事した場合に、業務又は実務に従事したものと認められます。業務又は実務に従事した期間は、過去5年間のうち通算して2年以上★必要です。 3 薬局開設者又は医薬品の販売業者の住所、氏名、連絡先電話番号及び管理者氏名欄 <ol style="list-style-type: none"> (1) 個人開設の場合は、個人の住所及び氏名を記載し、個人印を押印してください。法人開設の場合は、登記された主たる事務所の所在地及び商号並びに代表取締役氏名を記載し、代表取締役の登記印を押印してください。 (2) 連絡先電話番号は、日中つながる会社等の電話番号を記載してください。 (3) 管理者氏名は、勤務先の薬局の管理者、店舗管理者又は区域管理者の氏名を記載し、個人印を押印してください。 4 薬局、店舗又は配置販売業の名称等は、許可証のとおり記載してください。ただし、配置販売業の場合は、記載は不要です。 5 薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域欄は、配置販売業の場合は「東京都一円」等と記載してください。 6 業務期間又は実務期間 <ol style="list-style-type: none"> (1) 1か月に80時間以上、月単位で計算します。(80時間に満たない月は切り捨て。) (2) 業務期間は、連続した期間である必要はありません。 7 この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるもの(勤務状況報告書等)を添付してください。 <p>【様式19のみ】</p> <p>「2 業務内容」については、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「登録販売者として行った業務に該当する口にチェック」と読み替えます。</p> <p>【様式20のみ】</p> <p>既存配置販売業者の配置員として実務に従事した期間については、様式20を使用し、平成27年5月31日までの間に従事した期間は、当該期間に通算することができます。</p>
<p>業務従事証明書(様式21)</p> <p>【3年経験】</p> <p>※過去5年間のうち通算して3年以上 ※第一類医薬品を配置販売する場合には、区域管理者の要件のほかに体制省令の要件を満たす必要があります。</p>	<p>1</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 第一類医薬品を販売・授与する区域において、登録販売者を区域管理者とする場合に提出が必要です。当該区域管理者が次に掲げるいずれかにおいて、登録販売者として過去5年間のうち通算して3年以上業務に従事した旨を証明してください。 <ol style="list-style-type: none"> (1) 要指導医薬品又は第一類医薬品を販売・授与する薬局 (2) 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・授与する店舗販売業 (3) 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 (4) 第一類医薬品を販売・授与する店舗の店舗管理者又は第一類医薬品を配置販売する区域の区域管理者であった期間 2 区域管理者を補佐する薬剤師の氏名を申請書又は申請書又は届書の「備考欄」に記載してください。 3 薬局開設者又は医薬品の販売業者の住所、氏名、連絡先電話番号及び管理者氏名 <ol style="list-style-type: none"> (1) 個人開設の場合は、個人の住所及び氏名を記載し、個人印を押印します。法人開設の場合は、登記された主たる事務所の所在地及び商号並びに代表取締役氏名を記載し、代表取締役の登記印を押印します。 (2) 連絡先電話番号は、日中つながる会社等の電話番号を記載してください。 (3) 管理者氏名は、勤務先の薬局の管理者、店舗管理者又は区域管理者の氏名を記載し、個人印を押印してください。 4 薬局、店舗又は配置販売業の名称等は、許可証のとおり記載してください。ただし、配置販売業の場合は、記載は不要です。 5 薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域欄は、配置販売業の場合は「東京都一円」等と記載してください。 6 業務に従事した期間 <ol style="list-style-type: none"> (1) 1か月に80時間以上、月単位で計算します。(80時間に満たない月は切り捨て。) (2) 要指導医薬品を販売・授与する店舗の店舗管理者であった登録販売者の場合は、項目4の「第一類医薬品」を「要指導医薬品若しくは第一類医薬品」と読み替えます。

様式第六（第十六条、第十六条の二、第九十九条、第百条、第百十四条の六十九、第百十四条の七十、第二百二十七条、第百三十七条の六十五、第百三十七条の六十六、第百七十四条、第百七十六条、第百九十五条、第二百六十五条、第二百六十五条の二、第二百六十五条の三関係）

変 更 届 書



業 務 の 種 別		配置販売業	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		第 号 平成・令和 年 月 日	
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所	名 称	_____	
	所 在 地	東京都一円	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日		令和 年 月 日	
備 考			

上記により、変更の届出をします。

令和 年 月 日

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

東 京 都 知 事 殿

電話番号 ()
担当者名

(記載例)

様式第六 (第十六条、第十六条の二、第九十九条、第一百条、第一百四十六条、第一百四十七条、第二百二十七条、第二百三十七条の六十五、第二百三十七条の六十六、第二百七十四条、第二百七十六条、第二百九十五条、第二百六十五条、第二百六十五条の二、第二百六十五条の三関係)



変更届書

業務の種類別		配置販売業		有効期間の開始日を記載してください。
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		第 号 平成 令和 〇〇年〇〇月〇〇日		
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所	名称			
	所在地	東京都一円		
変更内容	事項	変更前	変更後	
	(変更した事項を記載します。)	(変更前の内容を記載します。) *書き切れない場合は別紙でも可	(変更後の内容を記載します。) *書き切れない場合は別紙でも可	
変更年月日		令和××年××月××日		変更が発生した日付を記載してください。
備考				

上記により、変更の届出をします。

令和 年 月 日

届出日を記載してください。

住所 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

開設者住所・氏名を記載してください。

氏名 株式会社〇〇薬品
代表取締役 東京 太郎

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

代表者印を押印してください。

印

東京都知事殿

電話番号 ()

担当者名

連絡先・担当者氏名を記載してください。

証 書

私どもは下記事項を条件として使用関係にあることを証します。

令和 年 月 日

使用 者 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

被 使 用 者 住 所

氏 名

印

記

1 業 務 区域管理者 (薬剤師・登録販売者・)

勤務薬剤師 (常勤、非常勤、派遣)

勤務登録販売者 (常勤、非常勤、派遣)

一般従事者 (常勤、非常勤、派遣)

2 勤務時間 午前 時 分から午後 時 分まで

3 勤務日 週 日 (曜日 から 曜日まで)

備 考

- 1 勤務日は、1週間に勤務する日数及び曜日を記載すること。
- 2 該当する文字に丸を付けること。

区域管理者	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数			
	種別	薬剤師 ・ 登録販売者 (年度登録販売者試験合格)		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
その他の 薬剤師 又は 登録 販売者	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数			
	種別	薬剤師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
その 他の 薬剤師 又は 登録 販売者	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数			
	種別	薬剤師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
その 他の 薬剤師 又は 登録 販売者	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数			
	種別	薬剤師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
その 他の 薬剤師 又は 登録 販売者	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数			
	種別	薬剤師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日

【既存】

既存配置販売業 配置従事者身分証明書（継続用）各種様式

以下、必要に応じてコピーして、御使用ください。

配置従事者身分証明書交付申請の留意事項について

配置従事者身分証明書交付申請書

配置従事者身分証明書交付申請書記載例

雇用証明書

雇用証明書記載例

配置従事届の留意事項について

配置従事届書

配置従事届書記載例

返納届の留意事項について

配置従事者身分証明書返納届書

配置従事者身分証明書返納届書記載例

廃業した場合

休止・廃止・再開届書（旧様式第八）

休止・廃止・再開届書（旧様式第八）記載例

東京都健康安全研究センターホームページ (<http://www.tokyo-eiken.go.jp>)
→事業者向けの情報「薬事」→業務案内 「配置販売業許可申請・変更等の手続きに関すること、
配置従事者身分証明書・従事届の手続きに関すること」からも各種様式等を入手できます。

既存配置販売業者

配置従事者身分証明書交付申請の留意事項について

1 提出書類等

提 出 物	提出部数	記載上の注意等
配置従事者身分証明書交付申請書 (旧様式八十四)	1部	配置販売業者の許可番号及び年月日の欄について、配置販売業許可証の許可番号及び有効期間の始期年月日を記入してください。 備考欄の記載について、配置区域は、「東京都一円」「埼玉県一円」等と記入してください。連絡先電話番号欄には、申請内容についての照会が可能な連絡先を記入してください。 申請書下部の申請者の住所・氏名欄は、アパート名等も含め住民票どおりに正確に記入してください。
手数料		現金 8,400円 (郵送で申請される場合は郵便為替でも可能です。その場合には、郵便為替の指定受取人欄は記入しないでください。)
添付書類	各1部	申請する配置従事者が、配置販売業者の開設者(法人の場合は代表者)の場合は不要です。 発行の日から3か月以内のものを添付してください。来庁により申請する場合は、住所を確認できるものとして、運転免許証の写し又は健康保険証の写しでも構いません。(本証も持参してください。) 縦4cm×横3cm、正面脱帽 上半身像で無背景、撮影から6か月以内((裏面に氏名を記載したもの) 東京都知事の配置販売業許可を受けていない場合提出してください。
配置従事届	1部	東京都内で配置販売に従事する場合、提出してください。

2 留意事項

- (1) 申請書及び配置従事届の氏名欄については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載してください。
- (2) 郵送による申請も可能です。その場合には、薬事監視指導課(申請窓口)に到着した日が受付日となります。
なお、郵送中の事故については責任を負いかねますので、配達記録の確認できる手段により郵送してください。
- (3) 作成した身分証明書を郵送で受け取りたい場合は、簡易書留で送付しますので、切手404円分(郵送料84円、簡易書留料金320円)を貼付した返信用定形封筒(長3)を申請時に提出してください。複数名の身分証明書を同時に申請する場合は、枚数に応じた郵送料(切手)をご用意ください。

3 申請窓口及び問合せ先

〒169-0073 東京都新宿区百人町3-24-1 東京都健康安全研究センター本館1階

東京都健康安全研究センター広域監視部薬事監視指導課薬事審査担当

電話 03-5937-1027 ファクシミリ 03-5937-1043

受付時間：平日(年末年始(12月29日から1月3日まで)を除く)9時から16時30分まで



配置従事者身分証明書交付申請書

配置	氏 名	
販売	住 所	
業者	電話番号 ()	
	許可番号及び 年 月 日	第 _____ 号 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 東京都で許可を受けていない場合 道・府・県 第 _____ 号 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
備考	・配置区域 _____ ・身分証明書の交付 新規・継続 (いずれかを○で囲む) 継続の場合 ・前回交付された身分証明書番号 平成・令和 _____ 年 第 _____ 号 ・添付書類を省略する場合は、該当する番号を○で囲んでください。 1 雇用証明書について、前回申請時と内容に変更がないので、添付を省略します。 2 住民票について、前回申請時と内容に変更がないので、添付を省略します。 ・連絡先電話番号 _____ ()	

上記により、配置従事者身分証明書の交付を申請します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 東京都

(ふりがな)
氏 名



昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

東 京 都 知 事 殿

注：申請者住所・氏名は、住民票の記載とおりに正確に記入してください。



配置従事者身分証明書交付申請書

配置	氏名	〇〇 配置薬株式会社
販売	住所	東京都新宿区西新宿二丁目8番1号
業者	許可番号及び 年 月 日	第 07000000000 号 <input checked="" type="radio"/> 平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 東京都で許可を受けていない場合 道・府・県 第 〇〇〇 号 平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
備考	・配置区域	東京都一円 <input checked="" type="radio"/> 配置区域を記入
	・身分証明書の交付	新規 <input checked="" type="radio"/> 継続 (いずれかを〇で囲む) 都で許可を受けていない場合に記入(許可証の写しを添付)
備考	継続の場合	・前回交付された身分証明書番号 <input checked="" type="radio"/> 平成 令和 〇〇年 第 〇〇〇 号
		・添付書類を省略する場合は、該当する番号を〇で囲んでください。
	① 雇用証明書について、前回申請時と内容に変更がないので、添付を省略します。	
	② 住民票について、前回申請時と内容に変更がないので、添付を省略します。	
	・連絡先電話番号	〇〇 (〇〇〇〇) △△△△

上記により、配置従事者身分証明書の交付を申請します

令和 年 月 日

継続を〇で囲んだ場合、有効期間の始期年、番号を記入してください。継続申請は例年11月から受付開始です。

住所 東京都 新宿区百人町三丁目24番1号

楷書で正確に記入し、必ずふりがなを記入してください。

(ふりがな) 氏名

とう きょう た ろう 東 京 太 郎



昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日生

東京都知事 殿

住所地の都道府県知事に申請

注：申請者住所・氏名は、住民票の記載どおり正確に記入してください。

雇用証明願

雇用者 _____ 殿

私は、あなたの営業する配置販売業の配置従事者として雇用されていることを証明願います。

令和 年 月 日

住所

氏名

印

雇用証明書

被雇用者 _____

上記の者は、私どもの営業する配置販売業の配置従事者として雇用していることを証明します。

令和 年 月 日

住所

氏名

印

(記載例)

雇 用 証 明 願

雇用者 〇〇配置薬株式会社 殿

私は、あなたの営業する配置販売業の配置従事者として雇用されていることを証明願います。

令和 〇年 〇月 〇日

下段の証明年月日以前の日付を記入してください。
記入もれが多いため、必ず記入してください。

住所 東京都新宿区百人町三丁目24番1号

氏名 東京太郎 印

雇 用 証 明 書

被雇用者 東京太郎 殿

上記の者は、私どもの営業する配置販売業の配置従事者として雇用していることを証明します。

令和 △年 △月 △日

身分証明書の申請年月日以前の日付を記入してください。
記入もれが多いため、必ず記入してください。

住所 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

氏名 〇〇配置薬株式会社

代表者の印

代表取締役 〇〇 △△

印

配置従事届の留意事項について

1 提出書類

提出物	提出部数
配置従事届	1部

2 留意事項

- (1) 東京都内で配置に従事する場合には、あらかじめ提出してください。なお、東京都知事に身分証明書の交付申請を行う場合は申請時に提出してください。この場合、東京都において従事する予定のみを記載し、身分証明書の有効期間分を1枚に記入してください。(従事期間の始期は、身分証明書の新規申請時に提出する場合、空欄でかまいません。)
- (2) 配置販売業者の氏名欄の(配置・既存)の該当する方に○をつけてください。
東京都の場合
配置…平成21年6月1日以降、改正法に基づく配置販売業の許可を取得した(する)方。
(業の許可番号が「57」で始まる方)
既存…既存配置販売業者の方。(業の許可番号が「07」で始まる方)
- (3) 既存配置販売業者の方は、種別欄(薬剤師・登録販売者・一般従事者)の記載は不要です。
- (4) 郵送による届出も可能です。その場合には、薬事監視指導課(届出窓口)に到着した日が受付日となります。
- (5) 他の道府県で配置に従事する場合は、配置従事届を当該道府県知事へ、あらかじめ届け出てください。

3 届出窓口及び問合せ先

〒169-0073 東京都新宿区百人町3-24-1 東京都健康安全研究センター本館1階
東京都健康安全研究センター広域監視部薬事監視指導課薬事審査担当
電話 03-5937-1027 ファクシミリ 03-5937-1043
受付時間：平日(年末年始(12月29日から1月3日まで)を除く)9時から16時30分まで

様式第4号(第4条関係)

配 置 従 事 届 書 (令 和 年)			
配 置 販 売 者	住 所		
	氏 名		(配置・既存)
配 従 事 者	住 所		
	氏 名		
	種 別		薬剤師・登録販売者・一般従事者
区 域 及 び 期 間	年	月	日から
	年	月	日まで
	年	月	日まで
年	月	日から	
年	月	日まで	

上記のとおり配置従事の届出をします。

令和 年 月 日

氏 名 (印)

東京都知事 殿

(注意) 1 字は、ボールペン、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
かい
 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。

148mm

100mm

様式第4号(第4条関係)

従事する年を記入してください。(最大2年)

配置従事届書 (令和 2 3 年)

配 置 販 売 者	住 所	東京都新宿区西新宿二丁目8番1号
	氏 名	〇〇配置薬株式会社 (配置) 既存
配 従 事 置 者	住 所	東京都新宿区百人町三丁目24番1号
	氏 名	東京 太郎
	種 別	薬剤師 (登録販売者) 一般従事者
区 域 及 び 期 間	令和2年 1月 1日から 令和2年12月31日まで	東京都一円
	令和3年 1月 1日から 令和3年12月31日まで	〃
	年 月 日から 年 月 日まで	

該当する方に○をつけてください。

既存配置販売業者の従事者の方は記載は不要です。

区域及び期間については、このとおりに記入してください。

上記のとおり配置従事の届出をします。

身分証明書の申請年月日を記載してください。

令和 ○年 ○月 ○日

氏 名 東京 太郎 (印)

東京都知事 殿

- (注意) 1 字は、ボールペン、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
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。

148mm

100mm

※配置従事届は、令和2、3年分を1枚の用紙に記入してください。
 ※配置販売業者の氏名欄の(配置・既存)の別は、東京都の場合
 配置…平成21年6月1日以降、配置販売業の許可を取得した方で業の許可番号が「57」で始まる方。
 既存…既存配置販売業者の方で、業の許可番号が「07」で始まる方

返納届の留意事項について

1 提出書類

提出物	提出部数
配置従事者身分証明書返納届書	1部
身分証明書	1部

2 提出上の留意事項

- (1) 東京都で身分証明書の交付を受けている方が、他道府県へ転出する場合は、当該身分証明書を東京都知事あてに返納してください。引き続き配置に従事する場合は、転居先の住所地の道府県で新たに身分証明書交付申請を行ってください。
- (2) 上記(1)のほか返納届出を要する例
 - ア 配置販売業の廃止・許可の失効。
 - イ 配置従事者の退職・死亡。
 - ウ 身分証明書の書換え交付、再交付を受けた場合。
- (3) 郵送による届出も可能です。その場合には、薬事監視指導課（届出窓口）に到着した日が受付日となります。

3 届出窓口及び問合せ先

〒169-0073 東京都新宿区百人町3-24-1 東京都健康安全研究センター本館1階
東京都健康安全研究センター広域監視部薬事監視指導課薬事審査担当
電話 03-5937-1027 ファクシミリ 03-5937-1043
受付時間：平日（年末年始(12月29日から1月3日まで)を除く）9時から16時30分まで

様式第8号(第8条関係)

令和 年 月 日

東京都知事 殿

届出者 住所
氏名

印

配置従事者身分証明書返納届書

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8条の規定により、旧身分証明書を返納します。

配置従事者の氏名	
返納理由及び返納理由が発生した日	返納理由： 返納理由が発生した日： 令和 年 月 日

(注意)

- 1 字は、ボールペン、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 2 破り、又は汚した場合は、その身分証明書を添付すること。
- 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。

(日本産業規格A列4番)

捨印

様式第8号(第8条関係)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

東京都知事 殿

届出者 住所 東京都〇〇〇—〇—〇

氏名 東京 太郎



配置従事者身分証明書返納届書

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8条の規定により、旧身分証明書を返納します。

配置従事者の氏名	東京 太郎
返納理由及び返納理由が発生した日	返納理由： 返納理由が発生した日： 令和〇〇年〇〇月〇〇日

(注意)

- 1 字は、ボールペン等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 2 破り、又はその身分証明書を添付すること。
- 3 氏名については、又は自筆による署名のいずれかにより記載すること。

(返納理由の例)

- ・ 有効期間満了
- ・ 配置従事者の退職・死亡
- ・ (東京都で身分証明書の交付を受けていたが) 他道府県へ転出
- ・ 配置販売業の廃止、許可の失効
- ・ 再交付を受けた後、紛失した身分証明書を発見 等

休 止 届 書
 廃 止 開
 再



業 務 の 種 別	既存 配 置 販 売 業		
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日	第	号	平成・令和 年 月 日
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は事業所	名 称	_____	
	所 在 地	東 京 都 一 円	
休 止 、 廃 止 又 は 再 開 の 年 月 日	令和 年 月 日		
備 考			

休 止
 上 記 に よ り、 廃 止 の 届 出 を し ま す 。
 再 開

令和 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]



東 京 都 知 事 殿

電話番号 ()
 担当者名

旧様式第八

(記載例)

該当するものを○で囲みます。 休 止 届 書 捨 印

Table with 2 columns: 業務の種類別 (Business Type) and 既存配置販売 (Existing Placement Sales). Rows include: 許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日 (License No., etc.); 薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は事業所 (Pharmacy, etc.); 休止、廃止又は再開の年月日 (Suspension, etc.); 備考 (Remarks).

上記により、(廃止)の届出をします。 令和 年 月 日

住所 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号 氏名 株式会社 ○○医薬品 代表取締役 ○田 ×子 印

東京都知事殿

電話番号 03(5321)1111 担当者名 ○田 ×子