◆◆◆登録販売者が精神の機能の障がいを有する状態となり

業務の継続が著しく困難となった場合の届出書◆◆◆

◆　届出書について

登録販売者が、精神の機能の障がい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ときは、本人又はその法定代理人若しくは同居の親族がその旨を遅滞なく、登録を受けた都道府県に届け出る必要があります。

◆　届出に必要な書類

　　（１）登録販売者が精神の機能の障がいを有する状態となり業務の継続が著しく困難となった場合の届出書

　　（２）販売従事登録証

◆　申請の窓口

　　大阪府健康医療部生活衛生室薬務課医薬品流通グループ（大阪府庁本館６階）

※　現在の住所地が大阪府以外の方については、郵送での申請も受け付けます。

送付先：〒５４０－８５７０

大阪市中央区大手前２－１－２２

大阪府健康医療部生活衛生室薬務課医薬品流通グループ　販売従事登録担当

その他不明な点があれば、大阪府健康医療部生活衛生室薬務課医薬品流通グループ

（TEL：06-6944-7129）までお問い合わせください。

（別紙様式１）

**字は、ボールペン、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。**

記　載　例

登録販売者が精神の機能の障害を有する状態となり業務の継続が著しく困難となった場合の届出書

**戸籍に記載どおりの漢字で記入**

捨印

捨印

|  |  |
| --- | --- |
| 登録販売者の | **オオサカ　イチロウ** |
| **大阪　一郎** |
| 登録番号及び登録年月日 | **２７－○○－○○○○○**  **令和○○年　○○月　○○日** |
| 登録販売者の本籍地都道府県名 | **大阪府** |
| 登録販売者の住所 | **大阪市中央区大手前　２丁目△－△**  **○○ハイツ△△△号室** |
| 登録販売者の生年月日 | **平成〇〇年〇〇月〇〇日** |
| 備考 |  |

　上記の者は、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ため届け出ます。

**令和〇**年**〇〇**月**〇〇**日

**提出する日を記入**

**提出する日を記入**

**提出する日を記入**

**提出する日を記入**

**提出する日を記入**

**提出する日を記入**

**提出する日を記入**

**提出する日を記入**

届出者住所　　　**大阪市中央区大手前　２丁目△－△**

**○○ハイツ　△△△号室**

届出者氏名　　　　　　　　**大阪　　花子**（続柄　**母**）

**【　注意事項　】**

◎ ***販売従事登録証（原本）を添付***してください。

大阪府知事　　　殿

（別紙様式１）

登録販売者が精神の機能の障害を有する状態となり業務の継続が著しく困難となった場合の届出書

|  |  |
| --- | --- |
| 登録販売者の |  |
| 登録番号及び登録年月日 |  |
| 登録販売者の本籍地都道府県名 |  |
| 登録販売者の住所 |  |
| 登録販売者の生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 備考 |  |

　上記の者は、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ため届け出ます。

　　　　　　　　年　　月　　日

届出者住所

届出者氏名　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　）

大阪府知事　　　殿