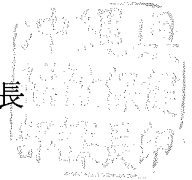


福薬第1673号
平成24年12月12日

薬局開設者、店舗販売業者及び配置販売業者 各位

沖縄県福祉保健部薬務疾病対策課長



登録販売者試験に係る実務経験に関する不正の防止について（通知）

本県の薬務行政の推進につきましては、かねてから格別の御理解と御協力を賜り感謝申し上げます。

さて、みだしのことについて、平成24年11月30日付け薬食総発1130第1号で厚生労働省医薬食品局総務課長から別添写しのとおり通知がありました。つきましては、下記事項について、周知及び自主的な点検を依頼します。

記

1 登録販売者試験の適正な実施及び一般用医薬品の販売制度について（周知）

登録販売者試験の受験資格である薬局、店舗販売業及び配置販売業（以下「薬局等」という。）における実務経験に関する不正を防止するため、本年4月1日から、登録販売者試験の受験者が受験の申請に当たっては、薬局開設者等の実務経験の証明書に加えて当該実務経験の証明に関する勤務簿の写し等も求めています。

相談応需義務、実務経験の証明における虚偽又は不正の禁止、薬局等における従業者に対する名札の着用等について、貴薬局等で適正に実施するようお願いします。

2 実務経験の証明に係る自主的な点検の実施について（依頼）

- (1) 登録販売者試験に係る実務経験の証明について、別紙の実施要領のとおり、平成24年12月末日までに、改めて点検して下さい。
- (2) (1)の点検により、登録販売者試験に係る実務経験の証明に関して不正等が判明した場合は、平成25年1月11日（金）までに別紙の報告様式を、FAX またはEメールにより、薬務疾病対策課へ提出して下さい。

（裏面へ続く）

① FAXにより提出する場合

別紙の報告様式をFAX番号098-866-2241へ送信して下さい。

②Eメールにより提出する場合

報告様式の電子様式については、薬務疾病対策課ホームページに掲載しています。

薬務疾病対策課ホームページURL：

<http://www.pref.okinawa.jp/site/fukushi/yakumu/index.html>

薬務疾病対策課の代表Eメールアドレス

(aa032000@pref.okinawa.lg.jp)へ送信して下さい。

Eメールの件名は「登録販売者試験に係る不正証明に関する報告(店舗名)」としてください。

(3) この調査に関する問い合わせ

薬務疾病対策課の担当へ問い合わせして下さい。

TEL：098-866-2215

担当：渡慶次、當間

TEL:098-866-2215

FAX:098-866-2241

登録販売者試験に係る不正証明に関する報告

この報告は、沖縄県の業許可に基づき、証明した実務経験証明書について記載して下さい。

不正証明者に関する事項					証明者情報		不正証明の内容		備考
通し番号	店舗等の開設者の氏名	店舗等の開設者の住所	店舗等の名称	店舗等の住所又は営業区域	許可の形態	不正な実務経験証明書を発行した対象者数	不正証明の内容(※2)		
1									
2									
3									
4									

不正のあった被証明者に関する事項								被証明者情報		不正証明の内容	
通し番号	店舗等の名称	店舗等の住所又は営業区域	許可の形態	被証明者の氏名	受験年度	受験した都道府県	販売従事登録した都道府県(※1)	被証明者情報		不正証明の内容(※2)	
								受検した都道府県	可否	虚偽又は不正の確拠根拠	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											

※1 販売従事登録している都道府県が不明又は販売従事登録しているかが不明の場合は「不明」と、不合格の場合は「-」と記載して下さい。
 ※2 不正証明の内容の選択肢 ①実務経験なし、②実務経験が月80時間に足りなかった、③実務経験が継続必要年数に満たなかった、④その他(備考欄に記載)

※2 の選択肢のプロチャート
 問1: 証明した全ての月で、実務経験証明書の業務内容を行っている。→→→→→→→→→→→いいえ → ①実務経験なし
 ↓ はい
 問2: 証明した全ての月で、月80時間以上、実務経験証明書の業務内容を行っている。→→→いいえ → ②実務経験が月80時間に足りなかった
 ↓ はい
 問3: 証明した全ての月で、継続的に、必要年数以上、問1及び問2を満たす。→→→→→→→→→→→いいえ → ③実務経験が継続必要年数に満たなかった

送信先：沖縄県保健部 薬務疾病対策課 FAX:098-866-2241

送信元：[] 子 TEL:(098-000-△△△△)

TEL:098-866-2215

Email:aa032000@pref.okinawa.lg.jp

記載例

Eメールで提出する場合は、件名を「登録販売者試験に係る不正証明に関する報告(店舗名)」としてください。

登録販売者試験に係る不正証明に関する報告

この報告は、沖縄県の業許可に基づき、証明した実務経験証明書について記載して下さい。

Table with 4 columns: 不正証明者に関する事項, 証明者情報, 不正証明の内容(※2), 備考. Rows 1-4 detailing pharmacy information and experience.

Table with 5 columns: 不正のあった被証明者に関する事項, 証明者情報, 被証明者情報, 不正証明の内容(※2), 虚偽又は不正の確拠根拠. Rows 1-5 detailing applicant and verifier information.

※1 販売従事登録している都道府県が不明又は販売従事登録しているかが不明の場合は「不明」と、不合格者の場合は「-」と記載して下さい。
※2 不正証明の内容の選択肢 ①実務経験なし、②実務経験が月80時間に足りなかった、③実務経験が継続必要年数に満たなかった、④その他(備考欄に記載)

※2 の選択肢のフローチャート
問1: 証明した全ての月で、実務経験証明書の業務内容を行っている。→→→→→いいえ → ①実務経験なし
問2: 証明した全ての月で、月80時間以上、実務経験証明書の業務内容を行っている。→→いいえ → ②実務経験が月80時間に足りなかった
問3: 証明した全ての月で、継続的に、必要年数以上、問1及び問2を満たす。→→→→→いいえ → ③実務経験が継続必要年数に満たなかった