

# 平成22年度 鳥取県登録販売者試験 実施要領

(平成22年8月17日実施)

- 1 受験申込期間及び時間  
平成22年5月31日(月)から6月11日(金)までの  
午前8時30分から午後5時15分まで  
(土日を除く。)
- 2 提出先
  - ・鳥取県内在住者  
最寄りの総合事務所福祉保健局  
(日野総合事務所福祉保健局を除く。)
  - ・鳥取県外在住者  
鳥取県福祉保健部医療指導課  
※郵送にて提出をする場合は、封筒表面に「登録販売者試験受験願書在中」と朱書きの上、簡易書留により提出してください。
- 3 その他  
受験願書の記載方法等は別途配布する「お知らせ：平成22年度登録販売者試験受験者のみなさまへ」を参照してください。

鳥取県福祉保健部医療指導課

# 1 試験の日時、会場等

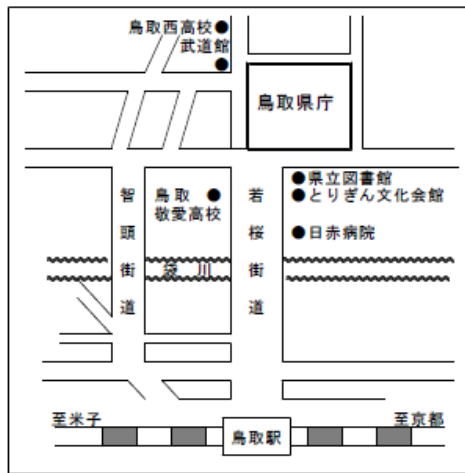
## (1) 試験の日時

試験日	試験時間	試験項目
平成22年 8月17日(火)	午前10時～12時	○医薬品に共通する特性と基本的な知識 ○人体の働きと医薬品 ○薬事に関する法規と制度
	午後1時30分 ～午後3時30分	○主な医薬品とその作用 ○医薬品の適正使用と安全対策

## (2) 試験会場

試験会場	所在地
東部会場 鳥取県庁第二庁舎	鳥取市東町一丁目271
西部会場 米子コンベンションセンター	米子市末広町294

### (東部会場)



鳥取県庁

(県庁日赤前バス停下車徒歩3分)

### (西部会場)



米子コンベンションセンター

(米子駅徒歩5分)

## (3) 試験実施方法

### ア 試験項目および出題数

試験項目	出題数
医薬品に共通する特性と基本的な知識	20問
人体の働きと医薬品	20問
薬事に関する法規と制度	20問
主な医薬品とその作用	40問
医薬品の適正使用と安全対策	20問

### イ 試験方法

筆記試験(記述式)

## 2 受験申込及び試験に係る事項等

### (1) 提出書類

ア 受験願書

イ 写真(出願前6か月以内無帽で正面から上半身を撮影した縦4センチメートル、横3センチメートルの大きさのものとし、裏面に氏名及び撮影年月日を記載すること。)

ウ 薬事法施行規則第159条の5第2項各号のいずれかに該当することを証する書類

・卒業証明書の原本又は卒業証書の写し(提出が必要な方)

※郵送にて願書の提出を行う場合は卒業証明書の原本を提出すること。

・実務経験証明書又は実務経験(見込)証明書(提出が必要な方)

※鳥取県外の薬局等における実務経験証明書の場合は、当該店舗の許可等を証する書類を添付すること。

エ 受験票(はがき様)

※ア、ウ及びエの様式は、鳥取県福祉保健部医療指導課、各総合事務所福祉保健局(日野総合事務所福祉保健局を除く。以下同じ。)で配布する。

### (2) 受験申込期間及び時間

平成22年5月31日(月)から同年6月11日(金)までの午前8時30分から午後5時15分まで。(土曜日及び日曜日を除く)

なお、郵送の場合は、平成22年6月11日(金)までの消印のあるものに限り受け付ける。

### (3) 提出先

ア 鳥取県内に住所を有する者 最寄りの総合事務所福祉保健局

イ 鳥取県外に住所を有する者 鳥取県福祉保健部医療指導課

※郵送にて提出する場合は、封筒表面に「登録販売者試験受験願書在中」と朱書きの上、簡易書留による郵送にて提出すること。

(郵送先)

〒680-8570

鳥取市東町一丁目220

鳥取県福祉保健部医療指導課 薬事担当

### (4) 受験手数料

受験手数料は、14,000円とし、その金額に相当する鳥取県収入証紙を受験願書に貼り付けて納付すること。この場合、消印しないこと。

なお、既に納付された受験手数料は、返還しない。

### (5) その他

視覚、聴覚、音声又は言語機能に障害を有する者で受験を希望するものは、願書の提出までに鳥取県福祉保健部医療指導課に申し出た場合は、受験の際にその障害の状況に応じて必要な措置を講ずることがある。

### (6) 受験票の送付

受験票については、平成22年8月10日(火)までに鳥取県福祉保健部医療指導課から本人あてに送付する。

**(7) 合否基準**

総得点が満点の7割以上を合格点とする。ただし、1項目でも得点が4割未満であれば不合格とする。

**(8) 合格者の発表等**

ア 合格者の受験番号を平成22年9月28日(火)午前10時に鳥取県庁及び各総合事務所福祉保健局に掲示し、及び鳥取県ホームページに掲載するとともに、合格者には合格証明書を交付する。

イ 試験結果の開示

この試験の得点については、口頭により開示を請求することができる。

この場合において、試験の得点の開示を受けようとする受験者は、合格発表日から1か月が経過する日までの間に、鳥取県福祉保健部医療指導課及び各総合事務所福祉保健局に受験票又は運転免許証等本人であることを確認できるものを持参の上、その旨を申し出ること。

**(9) 合格の取消し等**

受験申込みに当たって虚偽又は不正があった場合及び受験中の不正行為が判明した場合は、登録販売者試験の受験は無効とする。

また、合格証明書の発送後、これらのことが判明した場合は、合格を取り消す。

**(10) 問い合わせ先**

鳥取県福祉保健部医療指導課 (電話 0857-26-7203、ファクシミリ 0857-21-3048)

東部総合事務所福祉保健局 (電話 0857-22-5691)

中部総合事務所福祉保健局 (電話 0858-23-3144)

西部総合事務所福祉保健局 (電話 0859-31-9316)

収入証紙  
はり付け  
欄

# 登録販売者試験願書

鳥取県知事 平井 伸治 様

登録販売者試験を受けたいので、下記のとおり申請します。

年 月 日

## 記

本籍地都道府県名			
住 所	(〒 )		
ふりがな		性 別	
氏 名	Ⓜ		
生 年 月 日	年 月 日	日生	
連 絡 先			
受 験 地 (希望順番号を記入)	( ) 東部会場	( ) 西部会場	

### 注

- 1 本籍地都道府県名の欄は、日本国籍を有していない者については、その国籍を記載すること。
- 2 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

### 添付書類

- 1 省令第159条の5第2項各号のいずれかに該当することを証する書類
- 2 写真（出願前3月以内に無帽で正面から上半身を撮影した縦4センチメートル、横3センチメートルの大きさのもので、その裏面に氏名を記入したもの）
- 3 その他知事が必要と認める書類

※記入しないでください

受験資格

(様式1)

## 実務経験(見込)証明書

年 月 日

鳥取県知事 平井 伸治 様

薬局開設者又は医薬品の  
販売業者名  
代表者氏名

印

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日・ 年 月 日)
住 所	〒
薬局、店舗又は 配置販売業の名称	(許可番号： )
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	

1. 業務期間 年 月 ～ 年 月 ( 年 月間)

2. 業務内容(業務期間内に行われた業務に該当する□にレを記入すること。)

- 主に一般用医薬品の販売等の直接の業務を行っていた。
- 一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する業務又はその内容を知ることができる業務を行っていた。
- 一般用医薬品に関する相談があった場合の対応を補助する業務又はその内容を知ることができる業務を行っていた。
- 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明の方法を知ることができる業務を行っていた。
- 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務を行っていた。
- 一般用医薬品の陳列や広告に関する業務を行っていた。

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明りょうに書くこと。
- 3 当該証明を行う者は、薬局、一般販売業(卸売一般販売業を除く。)、薬種商販売業又は配置販売業の許可を受けているものであること。
- 4 業務期間は、実務経験被証明者が1カ月に80時間以上、上記2.の業務内容に示された業務を行っていた連続した期間を記入すること。
- 5 見込証明でない場合は、標題の(見込)を二重線で消すこと。

(様式2)

実務経験(見込)証明書

年 月 日

鳥取県知事 平井 伸治 様

薬局開設者又は医薬品の  
販売業者名  
代表者氏名  
管理者氏名

印  
  
印

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏名	(生年月日・ 年 月 日)
住所	〒
薬局、店舗又は 配置販売業の名称	(許可番号： )
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	

1. 業務期間 年 月 ～ 年 月 ( 年 月間)

2. 業務内容 (業務期間内に行われた業務に該当する□にレを記入すること。)

- 主に一般用医薬品の販売等の直接の業務を行っていた。
- 一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する業務又はその内容を知ることができる業務を行っていた。
- 一般用医薬品に関する相談があった場合の対応を補助する業務又はその内容を知ることができる業務を行っていた。
- 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明の方法を知ることができる業務を行っていた
- 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務を行っていた。
- 一般用医薬品の陳列や広告に関する業務を行っていた。
- 薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で業務を行っていた。

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明りょうに書くこと。
- 3 当該証明を行う者は、薬局、店舗販売業又は配置販売業の許可を受けており、許可に必要な薬剤師又は登録販売者の配置の要件を満たしているものであること。
- 4 業務期間は、実務経験被証明者が1カ月に80時間以上、上記2.の業務内容に示された業務を行っていた連続した期間を記入すること。
- 5 見込証明でない場合は、標題の(見込)を二重線で消すこと。