

登録申請書の入力例(民間)

別添1参考

1. 申請者の設立主体の選択

申請者の設立主体	
申請者の設立主体を選択してください。 ※「民間」を選択すると、登録事業者の申請画面に、「国、都道府県、市区町村」を選択すると国、都道府県、市区町村の報告画面に移行します。	国、地方公共団体、行政 執行法人及び特定地方 独立行政法人以外の場 合は、「民間」を選択して 下さい。
<input checked="" type="radio"/> 民間 <input type="radio"/> 国、都道府県、市区町村	

2. 登録申請書の入力例

特定接種登録申請書			
厚生労働大臣 殿			
※ <input type="checkbox"/> 【下記の内容を読み、同意する場合はチェック項目にチェックをしてください。】			
新型コロナウイルス感染症対策特別措置法（平成24年法律第32号）第28条の規定に基づき実施される特定接種の対象となる事業者の登録について、以下の内容を申請します。本申請書には産種の記載はありません。			
申請者 (事業者) 情報	※ 事業者名	<input type="text"/>	法人名を入力して下さい。法人化していない個人事業主は、氏名を入力して下さい。
	※ 事業者名(ふりがな)	<input type="text"/>	個人事業主の場合は再度氏名を入力して下さい。
	※ 代表者氏名	<input type="text"/>	
	※ 代表者氏名(ふりがな)	<input type="text"/>	7桁の数字を入力し、検索ボタンを押すと、所在地が自動入力されます。町名以下を入力ください。
	※ 郵便番号 半角数字でハイフン不要	<input type="text"/> <input type="button" value="検索"/>	
	※ 所在地(都道府県)	- 未選択 -	
	※ 所在地(市区町村)	- 未選択 -	
	※ 所在地(町名以下)	<input type="text"/>	市外局番から入力して下さい。ハイフン及び括弧は用いないでください。
	※ 電話番号 半角数字でハイフン不要	<input type="text"/>	
	FAX番号 半角数字でハイフン不要	<input type="text"/>	
	※ E-mailアドレス	<input type="text" value="test-tokutei@mhlw.go.jp"/>	E-mailアドレスは自動入力されているので、変更が必要な場合は半角英数字で入力すること。
	※ 産業医の選任の有無 事業の種類が、新型コロナウイルス感染症等感染症、重大・緊急感染症、社会保険・社会福祉・介護事業は選任の必要はないが「有」にチェックすること	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	産業医の選任をしている場合は「有」にチェックして下さい。
※ 業務継続計画の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	業務継続計画を作成している場合は「有」にチェックして下さい。	
備考1	<input type="text"/>		
備考2	<input type="text"/>		
<input type="button" value="次へ"/> <input type="button" value="クリア"/>		許認可番号又は会社法人等番号を入力して下さい。	

事業所と接種実施医療機関の登録

リストのアップロード
 こちらからExcelのファイルをアップロードすることができます。

事業所情報

※事業所名	<input type="text"/>
※事業所名(ふりがな)	<input type="text"/>
※郵便番号 半角数字でハイフン不要	<input type="text"/> <input type="button" value="検索"/>
※所在地(都道府県)	- 未選択 -
※所在地(市区町村)	- 未選択 -
※所在地(町名以下)	<input type="text"/>
※電話番号 半角数字でハイフン不要	<input type="text"/>
FAX番号 半角数字でハイフン不要	<input type="text"/>
E-mailアドレス	<input type="text"/>
申請事業者の全従業員	<input type="text"/>

複数の事業所及び事業の種類を入力する場合は、Excelに入力することで一括でアップロードが出来ます。

7桁の数字を入力し、検索ボタンを押すと、所在地が自動入力されます。町名以下を入力ください。

市外局番から入力して下さい。ハイフン及び括弧は用いないで下さい。

プルダウン形式です。リストから選択して下さい。

※事業の種類	- 未選択 -
※事業の種類の詳細1	- 未選択 -
※事業の種類の詳細2	- 未選択 -

体外診断用医薬品製造業・製造販売業の方へ

この欄には申請事業者の当該事業所における全従業員数を入力してください。※例は500人の場合

必ず半角英数字で下記のとおり記載してください。

【体外診断用医薬品製造業の場合】
(90)500

【体外診断用医薬品製造販売業の場合】
(91)500

いるため入力

務の従業員数
業務ごとの内
して下さい。

業の種類を登録
追加登録でき

療機関が未定
欄は表記のよ
下さい。

療機関が未
み、現時点で
検討している方法を入力
して下さい。

FAX番号 半角数字でハイフン不要	<input type="text"/>
E-mailアドレス	<input type="text"/>
備考	<input type="text"/>

*他にも事業所を登録する場合はクリックしてください。

複数の事業所を登録する場合は、追加登録出来ます。

【登録申請書について】

「事業所情報」では別添でもお示しますが、下記のとおり記載となります。

システムの修正後、新たな枠に正しくデータを移行するために(90)又は(91)を必ず記載いただく必要があります。

体外診断用医薬品製造業	
申請事業者の 全従業員数	記載例 (90) 人数

体外診断用医薬品製造販売業	
申請事業者の 全従業員数	記載例 (91) 人数



「事業の種類情報」では薬事法改正前の扱いと同じ項目を選択して下さい。

事業の種類	医薬品製造業
事業の細目	医薬品製造業

事業の種類	医薬品製造業
事業の細目	医薬品製造販売業