

みやぎ電子申請システム

利用者マニュアル

～地域連携薬局関係～

令和8年3月

宮城県保健福祉部薬務課

01	はじめにP1
02	利用の流れP2
03	操作方法（仮申請）P3
04	必要書類の添付P9
05	操作方法（修正）P12
06	操作方法（決済）P14

01 はじめに

- 地域連携薬局関係の以下の申請について、みやぎ電子申請サービス（LoGoフォーム）によるオンライン申請が可能です。
- 手数料の支払いは、**クレジットカード決済・PayPay決済のみが可能です。**
※ 現金等その他支払い方法は不可。

申請フォーム名	申請フォームの内容	手数料
①地域連携薬局認定申請	地域連携薬局認定を新規申請する場合のフォームです。	12,300円
②地域連携薬局認定更新申請	地域連携薬局認定を更新申請する場合のフォームです。	12,300円
③認定証の書換え交付申請	地域連携薬局認定証の書換え交付を希望する場合のフォームです。	2,000円
④認定証の再交付申請	地域連携薬局認定証を破損・汚損・紛失し、再交付を希望する場合のフォームです。	2,900円
⑤変更届	変更事項を届け出る場合のフォームです。	0円
⑥廃止・休止・再開届	地域連携薬局を廃止・休止・再開し届け出る場合のフォームです。	0円

※ ②は有効期間満了の1か月前までに行ってください。

※ ⑤は変更事項に応じて、事前又は事由の発生から30日以内、⑥は事由の発生から30日以内に申請が必要です。

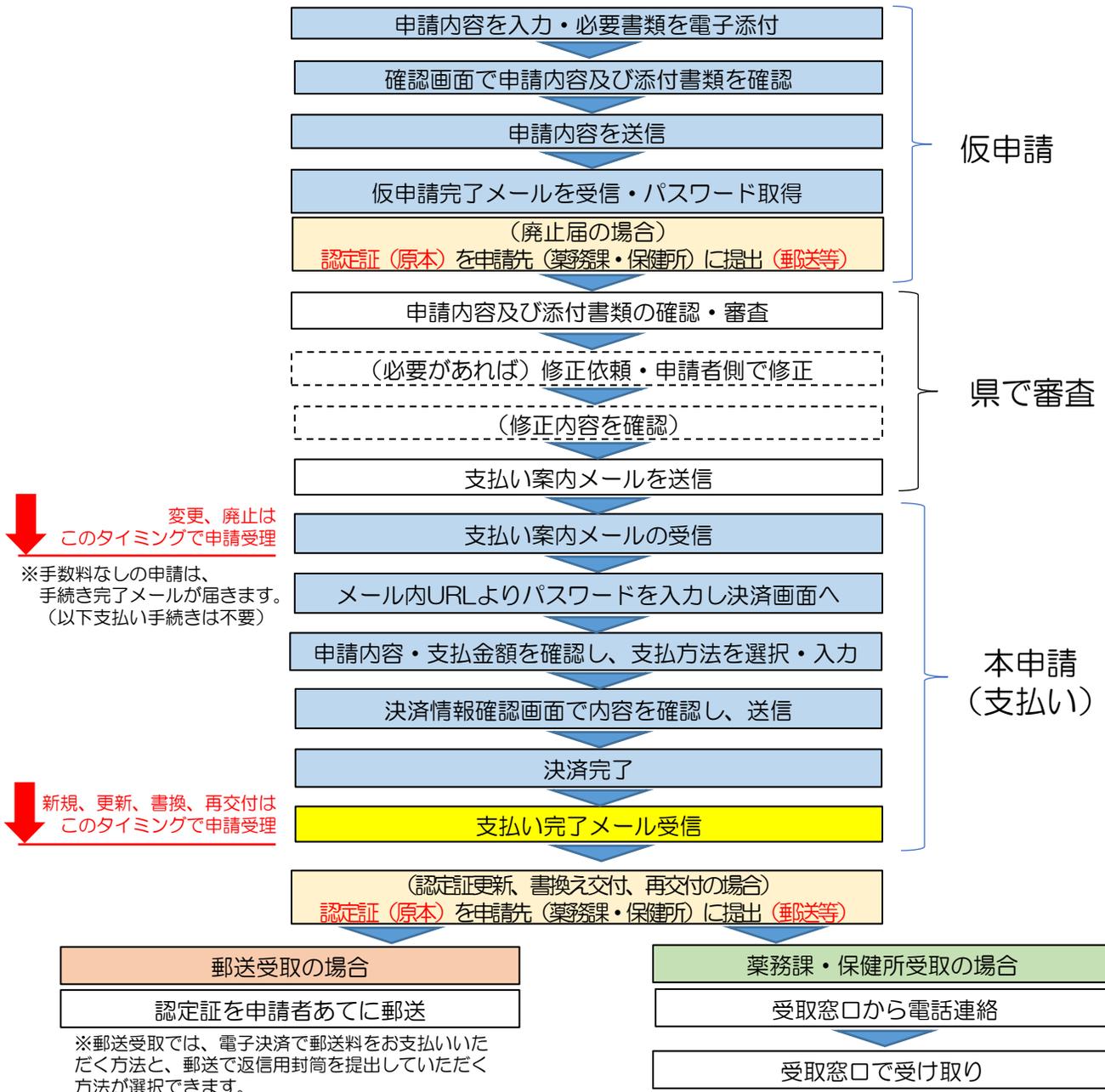
期限を超過した場合は、申請と併せて遅延理由書の提出が必要となります。

- **薬局の所在する市町村によって、申請先が異なります。** 下記一覧を確認し、該当する申請先のフォームより手続きを行ってください。

申請先保健所等	連絡先	管轄する市町村
薬務課監視麻薬班	022-211-2653	仙台市
仙南保健所獣疫薬事班	0224-53-3119	白石市、角田市、蔵王町、七ヶ宿町、大河原町、村田町、柴田町、川崎町、丸森町
塩釜保健所食品薬事班	022-363-5505	塩竈市、多賀城市、松島町、七ヶ浜町、利府町
塩釜保健所岩沼支所食品薬事班	0223-22-6294	名取市、岩沼市、亘理町、山元町
塩釜保健所黒川支所食品薬事班	022-358-1111	富谷市、大和町、大郷町、大衡村
大崎保健所獣疫薬事班	0229-87-8001	大崎市、加美町、色麻町、涌谷町、美里町
大崎保健所栗原支所食品薬事班	0228-22-2115	栗原市
石巻保健所獣疫薬事班	0225-95-1475	石巻市、東松島市、女川町
石巻保健所登米支所食品薬事班	0220-22-6120	登米市
気仙沼保健所食品薬事班	0226-22-6615	気仙沼市、南三陸町

02 利用の流れ

- みやぎ電子申請システムを利用した地域連携薬局認定申請等の流れを説明します。
- 本システムは、まず申請フォームに必要事項を入力していただきます（**仮申請**）。
- 仮申請後、申請先（薬務課・保健所）での申請内容の確認後に、申請者宛てに支払い案内メールを送付します。
 - ※ 認定更新申請、書換え交付申請、汚損・破損による再交付申請、廃止届は、電子申請と併せて、申請先（薬務課・保健所）へ認定証（原本）の郵送提出が必要です。
- 支払い案内メールに記載のURLから決済（クレジットカード・PayPay）していただき、申請完了となります（**本申請**）。
- 認定証の受け取り方法は、「郵送受取」または「薬務課・保健所受取」が選択可能です。
 - ※ 「郵送受取（郵送料負担）」は、郵送料（530円）を申請手数料と併せて納付していただきます。
 - ※ 「郵送受取（返信用封筒提出）」は申請時に返信用封筒（簡易書留、レターパック等）の提出が必要です。
 - ※ 「薬務課・保健所受取」は認定証発行後、受取窓口から電話連絡があります。



- 申請者側のみやぎ電子申請システム申請方法について説明します。

① 入力フォームを入力します。

このまますぐに申請する
ゲストとして申請を進めます。
※メールアドレス認証が必要な場合があります。

申請へ進む

ログインして申請
ログインまたはアカウント登録をして申請を進めます。

アカウント登録でマイページをご利用できます

- ① 自分の申請履歴を確認できます。
- ② 氏名や住所などの登録内容を利用して、申請フォームへ自動入力できます。
- ③ 電子文書の確認や支払いが必要な申請もすぐわかります。

ログイン 新規アカウント登録

「このまますぐに申請する」
「ログインして申請」
どちらでも申請が可能です。

② 申請者のメールアドレスを入力します。

1 入力 2 メール送信完了

メールアドレス登録及び認証をお願いします。

メールアドレスが正しく登録できることを確認します。お客様が受信可能なメールアドレスを入力し、送信ボタンを押してください。

メールアドレス 必須

送信

0 / 128

③ メール送信完了を確認します。

入力 メール送信完了

認証メール送信完了

ご入力いただいたメールアドレス宛にメールをお送りしました。
メール内に記載されたURLをクリックして、回答を始めてください。

④利用者アドレスに「フォームURLのご案内」メールが届きます。

フォームURLのご案内 - 【宮城県】地域連携薬局認定申請（新規）_仙南保健所



※本メールは、フォームにご入力された方にお送りする自動配信メールです。本メールへの返信はできません。
 ※本メールに心当たりが無い場合は、お手数ですがメールを破棄していただきますようお願いいたします。
 ※お手続きはまだ完了していません。本文をお読みの上、お手続きを続けてください。

お客様のメールアドレス認証が完了しました。
 引き続き、以下の URL にアクセスしてフォームへの回答をお願いします。

[https://logoform.jp/t/0IT8z/6080706?
 key=3d3ecd5147a00de0580b1a08f985bf9871e72ba99f91a4168a5b6fc8f763da5e&auth=dkDILR7lllFsZuMu3evgQLMnLc8IRmuTIXTKWn4jSrfPgWltskMNJa9nCj55Rkpt42CghcSjqHikFsONGUI1uITODx-9y0HKQWjHlRabSH1JrJa9FvTQe4zMbSrPhBGpGQoQw0tKAh8r0Od7Cg](https://logoform.jp/t/0IT8z/6080706?key=3d3ecd5147a00de0580b1a08f985bf9871e72ba99f91a4168a5b6fc8f763da5e&auth=dkDILR7lllFsZuMu3evgQLMnLc8IRmuTIXTKWn4jSrfPgWltskMNJa9nCj55Rkpt42CghcSjqHikFsONGUI1uITODx-9y0HKQWjHlRabSH1JrJa9FvTQe4zMbSrPhBGpGQoQw0tKAh8r0Od7Cg)

←記載のURLを
クリックします

※お手続き URL の有効期限は 24 時間です。
 有効期限が切れた場合はお手数ですが、再度メール認証からやり直していただきますようお願いいたします。

宮城県仙南保健所獣薬事業班
 TEL : 0224-53-3119
 E-mail : snkebjy@pref.miyagi.lg.jp

⑤入力フォームに移ります。ページ冒頭の申請にあたっての説明を確認します。

入力フォーム

- 1 入力
- 2 確定前金額
- 3 確認

下記のフォームにご入力をお願いします。

【宮城県】地域連携薬局認定申請（新規）について_仙南保健所

こちらは **白石市、角田市、蔵王町、七ヶ宿町、大河原町、村田町、柴田町、川崎町、丸森町**内の「**地域連携薬局認定 新規申請用**」のフォームです。
 上記以外の市町村での薬局については、申請フォームが異なりますので**こちら**をご覧ください。

【入力にあたっての注意事項】

- ・ **申請に関する詳細や添付書類については薬務課ホームページに掲載しています。**
- ・ 入力フォームの項目に従って選択、入力又はファイルを添付してください。
- ・ 添付書類で様式に指定があるものは必ず指定様式を使用し、指定のファイル形式（PDF、Word）で添付してください。（一つの添付ファイルの容量上限は10MBです。）
- ・ 受付完了時のメールにはオンライン決済に必要なパスワードが記載されているので、決済時まで削除せずに保管しておいてください。
- ・ アカウント登録をしている方は入力内容の一時保存、申請後の処理状況ステータスをマイページより確認することができます。

【必要書類】

○電子申請に添付が必要なもの（原本の郵送は不要）

- ・ 利用者の服薬指導等の際に配慮した構造設備が分かる図面、写真等
- ・ 高齢者、障害者等の円滑な利用に適した構造設備が分かる図面、写真等
- ・ 他の薬局に対して、利用者の薬剤等の情報を報告及び連絡する際の方法等を示した手順書等の写し
- ・ 開店時間外に相談できる連絡先や注意事項を周知する文書又は薬袋
- ・ 休日及び夜間に係る地域の調剤応需体制が分かる資料
- ・ 在庫として保管する医薬品を必要場合に他の薬局開設者の薬局に提供する場合は手順を示した手順書の写し
- ・ 麻薬小売業者免許証の写し
- ・ 無菌製剤処理に関する書類（無菌製剤処理設備の図面写真等、共同利用の契約書等の写し、無菌製剤処理に係る調剤のみ他局を紹介する手順を示した手順書等の写し）
- ・ 地域包括ケアシステムに関する研修を修了したことを証する書類の写し
- ・ 地域包括ケアシステムに関する内容の研修の実施計画の写し
- ・ 高度管理医療機器等の販売業の許可証の写し
- ・ 医師の診断書（「申請者の欠格条項(7)」に該当する場合）
 - ※発行日から3か月以内のもの
 - ※法人の場合は、薬事に関する業務に責任を有する役員を含む

【申請手数料】

12,300円

【手順】

①仮申請（申請内容の入力）

- ↓ 仮申請完了メールが届きます。（担当者確認後、不備があった場合は修正依頼メールが届きます。）
- ↓ 確認完了後、支払い案内メールが届きます。

⑥申請するフォームが合っていることを確認しながら、スクロールして入力していきます。

オンライン申請での手数料の支払いは「クレジットカード決済」又は「PayPay決済」で行うことについて理解し、同意しますか。 **必須**

決済方法について理解し、同意します。

※オンライン決済が利用できない場合は、オンライン申請ではなく、従前のとおり書面（紙）により申請を行ってください。
※決済方法（クレジットカード決済・PayPay決済）については、支払い時に選択できます。
※オンライン決済についての領収書の発行は行っておりませんのでご了承ください。

認定の種別 **必須**

地域連携薬局

申請の種別 **必須**

新規

営業所が所在する地域を管轄する保健所・支所 **必須**

仙南保健所

※※※ 本フォームは「仙南保健所」管轄（白石市、角田市、蔵王町、七ヶ宿町、大河原町、村田町、柴田町、川崎町、丸森町）内にある薬局の申請用となります。※※※

それ以外の市町村については、本フォームからは申請できませんので、以下の該当する各保健所・支所の別フォームで申請してください。

- 宮城県庁薬務課：仙台市
- 仙南保健所：白石市、角田市、蔵王町、七ヶ宿町、大河原町、村田町、柴田町、川崎町、丸森町

薬局情報 **必須**

薬局の名称を入力してください。 **必須**

郵便番号を入力してください。（ハイフンなし） **必須**

例：9808570

所在地を入力してください。 **必須**

⑦クリップのマークがついているものについては、指定のファイルを添付します。

地域連携薬局認定基準適合表について

下記のリンクより地域連携薬局認定基準適合表をダウンロードし、内容を記入の上、PDF又はWordデータにてアップロード願います。

[地域連携薬局認定基準適合表はこちら](#)

地域連携薬局認定基準適合表を記入後、こちらにアップロード願います。 **必須**

様式の指定があるものについては、リンクからダウンロードできます。



クリックするとファイルが添付できます。
（10MBまで添付可能です）

03-4 操作方法（仮申請）

⑧申請内容を入力後、認定証の受け取り方法を選択します。

認定証の受け取り方法を選択してください。 **必須**

郵送で受け取る（郵送料負担） 郵送で受け取る（返送用封筒提出） 仙南保健所で受け取る

・「郵送で受け取る（郵送料負担）」を選択した場合は、郵送料530円を申請手数料と併せて納付していただきます(返送用封筒の提出は不要です)。

・「郵送で受け取る（返送用封筒提出）」を選択した場合は、返送用レターパック又は簡易書留用封筒（角2サイズ、530円切手付き）を郵送にて提出してし

・「仙南保健所で受け取る」を選択した場合の受け取り窓口は、以下のとおりです。
(認定証作成後、受け取り窓口より電話連絡があります。)

<受け取り窓口>

仙南保健所：柴田郡大河原町字南129-1

「郵送受取（郵送料負担）」 「郵送受取（返送用封筒提出）」
「薬務課・保健所受取※」のいずれかを選択します。
※管轄によって異なります。

⑨選択した内容に応じて、申請後に郵送提出が必要な書類と、郵送先が表示されます。

以下の【必要書類】については、**別途郵送での提出**が必要となります。

本フォームへの入力完了後、**下記の宛先に郵送願います。**

<郵送いただく書類【必要書類】>

- ・ 申請者氏名・住所を記入した返送用レターパック又は簡易書留用封筒（角2サイズ、530円切手付き）
※封筒の提出がない場合、認定証の送付ができませんので必ず提出願います。

← 郵送提出が
必要な書類を確認

<郵送先>

〒989-1243

宮城県柴田郡大河原町字南129-1

仙南保健所獣疫薬事班

「地域連携薬局認定申請受付」係

← 郵送先を確認

※郵送提出が必要な書類がない場合は、以下のとおり表示されます。

申請後に郵送提出が必要な書類はありません。

⑩手数料を確認し、「金額確認画面へ進む」をクリックします。

申請手数料

12,300 円

→ 金額確認画面へ進む

🔒 入力内容を一時保存する

↑
全ての項目を入力後、クリック

⑪「確定前金額確認」→「入力内容確認」にすすみ、内容を確認します。

こちらの金額はあくまで概算のお支払い金額になります。金額確定後、メールにてご連絡致します。

確定前金額

郵送料	530円
薬事取扱	12,300円
確定前合計金額	12,830円

認定証の「郵送受取（郵送料負担）」を選択した場合は、申請手数料の他に郵送料530円が加算されます。

← 1つ前の画面に戻る

→ 確認画面へ進む

⑫入力内容に誤りや不備がないことを確認し、「送信」をクリックします。

入力内容確認

【宮城県】地域連携薬局認定申請（新規）について_仙南保健所

こちらは 白石市、角田市、蔵王町、七ヶ宿町、大河原町、村田町、柴田町、川崎町、丸森町内の「地域連携薬局認定 新規申請用」のフォームです。上記以外の市町村での薬局については、申請フォームが異なりますのでこちらをご覧ください。

【入力にあたっての注意事項】

- ・ 申請に関する詳細や添付書類については業務課ホームページに掲載しています。
- ・ 入力フォームの項目は、必ず入力してください。

申請者氏名

氏名 宮城 太郎
住所 〒9808570 宮城県 仙台市青葉区 本町3丁目8-1

※氏名に外字等が用いられており、正式な表記で入力できない場合は対応する正字を入力してください。
※対応する正字がない場合は「？」で置き換えて入力し、ページ下部の備考欄にその旨を記載の上、当該文字が確認できる資料（戸籍抄本等）を添付してください。

薬局情報

開設する薬局の名称を入力してください。 ミヤギ薬局白石店

必ずお読みください。

申請内容を審査の上、お支払い金額を確定し、ご登録を頂いたメールにご連絡致します。

「no-reply@logoform.jp」からのメールが届きますので、迷惑メールフォルダ等に入らないようお気をつけてください。

← 1つ前の画面に戻る

→ 送信

入力フォーム

✓ 入力

✓ 確定前金額

✓ 確認

4 完了

送信完了

⑬申請者のアドレスに【重要】仮申請完了のご案内メールが届きます。
メールには2つのパスワードが記載されているため、大切に保管してください。

【重要】仮申請完了のご案内 - 【宮城県】地域連携薬局認定申請（新規）_仙南保健所 [受付番号:RB00000187]

 no-reply@logoform.st-japan.asp.lgwan.jp
宛先 yakumu-k@pref.miyagi.jp

 返信  全員に返信  転送
2025/10/27 (月)

※本メールは、フォームにご入力された方にお送りする自動配信メールです。本メールへの返信はできません。
※本メールに心当たりが無い場合は、お手数ですがメールを破棄していただきますようお願いいたします。

このメールは宮城県仙南保健所獣疫業事班の申請フォームより申込みをされた方に送信しております。

申請を受け付けました。
審査後にお支払い金額を確定し、メールにてご案内いたします。

なお、現時点では仮申請の段階です。
担当者確認後に支払い案内メールを送付しますので、メール内のURLよりお支払い願います（クレジットカード又はPayPay）。

フォーム名:
【宮城県】地域連携薬局認定申請（新規）_仙南保健所

受付番号:
RB00000187

以下の URL で随時申請状況の照会ができます。また何らかの理由で申請の取消をする場合は取消ができます。
https://logoform.jp/status/inquiry/A-licAE2xKMqBGS2zEm6NKDdu3Hs3KRovFRk2RWvKh0?receipt_num=RD00000280&key=8f154b6561f9408e378c6ff86ff6bacdd38e45d8bd6d38fe864a327361d13ee9

パスワード: iBYmXh9F4p
URL にアクセスした際、パスワードの入力を求められますので、上記のパスワードを入力してください。

【申請完了のための重要な情報】
・申請内容の審査完了後、確定した金額と決済情報入力のための URL をお送りします。
・本 URL アクセスのためには、以下のパスワード入力が必要です。

申請状況の照会に使用するパスワードです。

【パスワード】
PP7rjBjUdN

決済画面へのログインに使用するパスワードです。

以下、入力内容です。

▼【宮城県】地域連携薬局認定申請（新規）について_仙南保健所

▼ オンライン申請での手数料の支払いは「クレジットカード決済」又は「PayPay 決済」で行うことについて理解し、同意しますか。
決済方法について理解し、同意します。

申請時の入力内容が記載されています。

▼ 業務の種別
地域連携薬局

！重要！

※ 廃止届については、本メールが届きましたら、速やかに認定証（原本）を郵送してください（P9-11 参照）。

※ 電子申請フォームによる仮申請確認後に、申請先（薬務課又は保健所）で申請内容を審査し、審査完了後に支払い依頼メールを送付させていただきます（P14 参照）。

04-1 必要書類の添付

- 電子申請時にデータ添付が必要な書類は下記のとおりです（*は原本提出も必要です）。
- 以下の②③④⑥は、電子申請と併せて、申請先（薬務課・保健所）へ**認定証（原本）の郵送提出が必要**です。
- 「郵送受取（返送用封筒提出）」を選択した場合は、返送用レターパック又は簡易書留用封筒（角2サイズ、530円切手付き）を郵送提出してください。
- 郵送先については、申請先（薬務課・保健所）によって異なりますので、P11を参照願います。

<必要書類一覧>

申請手続き・宛先	電子添付が必要な書類（*については、原本の提出も必要）
①地域連携薬局認定申請 <宛先> 「地域連携薬局認定申請受付」係	<ul style="list-style-type: none"> 登記事項証明書（申請者が法人の場合） ※発行日から6か月以内のもの 医師の診断書（「申請者の欠格条項(7)」に該当する場合） ※発行日から3か月以内のもの ※法人の場合は、薬事に関する業務に責任を有する役員を含む 利用者の服薬指導等の際に配慮した構造設備が分かる図面、写真等 高齢者、障害者等の円滑な利用に適した構造設備が分かる図面、写真等 他の薬局に対して、利用者の薬剤等の情報を報告及び連絡する際の方法等を示した手順書等の写し 開店時間外に相談できる連絡先や注意事項を周知する文書又は薬袋 休日及び夜間に係る地域の調剤応需体制が分かる資料 在庫として保管する医薬品を必要な場合に他の薬局開設者の薬局に提供する場合の手順を示した手順書の写し 麻薬小売業者免許の写し 無菌製剤処理に関する書類（無菌製剤処理設備の図面写真等、共同利用の契約書等の写し、無菌製剤処理に係る調剤のみ他局を紹介する手順を示した手順書等の写し） 地域包括ケアシステムに関する研修を修了したことを証する書類の写し 地域包括ケアシステムに関する内容の研修の実施計画の写し 高度管理医療機器等の販売業の許可証の写し
②地域連携薬局認定更新申請 <宛先> 「地域連携薬局認定更新申請受付」係	<ul style="list-style-type: none"> * 更新前の地域連携薬局認定証（原本） 上記①の必要書類一式
③認定証の書換え交付申請 <宛先> 「認定証書換え交付申請受付」係	<ul style="list-style-type: none"> * 地域連携薬局認定証（原本）
④認定証の再交付申請 <宛先> 「認定証再交付申請受付」係	<ul style="list-style-type: none"> * （破損又は汚損した場合）地域連携薬局認定証（原本）
⑤変更届 <宛先> 「変更届受付」係	<ul style="list-style-type: none"> P10に記載の該当資料 （変更事項に応じて、事前又は事由の発生から30日を超過した場合）遅延理由書
⑥廃止・休止・再開届 <宛先> 「廃止（休止・再開）届受付」係	<ul style="list-style-type: none"> * （廃止した場合）地域連携薬局認定証（原本） （事由の発生から30日を超過した場合）遅延理由書

- 「⑤変更届」の際にデータ添付が必要な書類は、下記のとおりです。
様式は下記のホームページ内に掲載しておりますので、ダウンロード願います。

<https://www.pref.miyagi.jp/soshiki/yakumu/ninteyakkyoku-henkou.html>

＜変更事項別 必要書類一覧＞ ※事由の発生から30日以内に届出が必要なもの

変更事項	電子添付が必要な書類
認定薬局開設者の氏名または住所	<ul style="list-style-type: none"> 登記事項証明書（履歴事項全部証明書） 証書等に係る原本証明書 ※ 薬局の住所変更（営業所移転）の場合は新規の認定が必要です。
薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名（申請者が法人の場合）	<ul style="list-style-type: none"> 登記事項証明書（履歴事項全部証明書） 医師の診断書（「申請者の欠格条項7」に該当する場合） 証書等に係る原本証明書 ※発行日から3か月以内のもの

＜変更事項別 必要書類一覧＞ ※事由の発生前に事前に届出が必要なもの

変更事項	電子添付が必要な書類
薬局の名称	<ul style="list-style-type: none"> なし

04-3 必要書類の添付

- ・ 地域連携薬局認定証（原本）及び返送用封筒の郵送先は、下記のとおりです。申請先に応じて、郵送先が異なりますのでご注意願います。
- ・ 宛名には申請先名（薬務課・保健所）と併せて、P9の申請手続き名を記入願います。
- ・ 返送用封筒（返送用レターパック又は簡易書留用封筒（角2サイズ、530円切手付き））には、必ず返送希望の宛名・宛て先を記入してください。

<郵送先一覧>

営業所の所在する市町村	申請先保健所等（宛名）	住所（郵送先）
仙台市	薬務課監視麻薬班	〒980-8570 仙台市青葉区本町3-8-1
白石市、角田市、蔵王町、七ヶ宿町、大河原町、村田町、柴田町、川崎町、丸森町	仙南保健所獣疫薬事班	〒989-1243 柴田郡大河原町字南129-1
塩竈市、多賀城市、松島町、七ヶ浜町、利府町	塩釜保健所食品薬事班	〒985-0003 塩竈市北浜4-8-15
名取市、岩沼市、亘理町、山元町	塩釜保健所岩沼支所食品薬事班	〒989-2432 岩沼市中央3-1-18
富谷市、大和町、大郷町、大衡村	塩釜保健所黒川支所食品薬事班	〒981-3304 富谷市ひより台2-42-2
大崎市、加美町、色麻町、涌谷町、美里町	大崎保健所獣疫薬事班	〒989-6117 大崎市古川旭4-1-1
栗原市	大崎保健所栗原支所食品薬事班	〒987-2251 栗原市築館藤木5-1
石巻市、東松島市、女川町	石巻保健所獣疫薬事班	〒986-0850 石巻市あゆみ野5-7
登米市	石巻保健所登米支所食品薬事班	〒987-0511 登米市迫町佐沼字西佐沼150-5
気仙沼市、南三陸町	気仙沼保健所食品薬事班	〒988-0066 気仙沼市東新城3-3-3

（例）仙台市内の営業所が必要書類を郵送する場合

<郵送先> 〒980-8570
 宮城県仙台市青葉区本町3-8-1
 宮城県保健福祉部薬務課監視麻薬班「〇〇受付」係

↑ 「〇〇係」の部分には、P9の申請手続き名を記入

- 県から内容修正依頼があった場合の対応について説明します。

①申請者のアドレスに [【要対応】申請内容のご修正のお願い] メールが届きます。

【要対応】申請内容のご修正のお願い -【宮城県】地域連携薬局認定申請（新規）_仙南保健所 [受付番号:RB00000187]

 no-reply@logoform.st-japan.asp.lgwan.jp
宛先 yakumu-k@pref.miyagi.jp

※本メールは、フォームにご入力された方にお送りする自動配信メールです。本メールへの返信はできません。
※本メールに心当たりが無い場合は、お手数ですがメールを破棄していただきますようお願いいたします。

このメールは宮城県仙南保健所獣疫薬事班の申請フォームより申込みをされた方に送信しております。

申請手続きのための重要なお知らせです。

申請を完了させるために申請内容のご修正をお願いいたします。
以下の URL にアクセスし、申請内容の修正をおこなってください。

https://logoform.jp/status/inquiry/A-licAE2xKMQbGS2zEm6NOu-BbzfyCpMQu0SsXR6T8?receipt_num=ZM00000491

パスワード: iBYmXh9F4p

URL にアクセスした際、パスワードの入力を求められますので、上記のパスワードを入力してください。

フォーム名:
【宮城県】地域連携薬局認定申請（新規）_仙南保健所

受付番号:
RB00000187

修正依頼の内容:
資格を証する書類が不鮮明のため、再添付してください。

宮城県仙南保健所獣疫薬事班
TEL : 0224-53-3119
E-mail : snkebj@pref.miyagi.lg.jp

②メール内のURLをクリックし、メールに記載のパスワードを入力します。



申請状況照会フォーム

1 入力 2 照会 3 結果

お客様の申請状況を確認するためには、お控えいただいている 受付番号 とパスワード を入力して照会ボタンを押してください。

受付番号 必須
RB00000187

パスワード 必須

→ 照会

05-2 操作方法（修正）

③修正依頼内容を確認し、「申請内容を修正する」をクリックします。

申請状況照会フォーム

1 入力 2 照会 3 結果

申請状況

ご入力いただいた受付番号の申請が見つかりました。

受付番号：RB00000187

現在の申請状況: 補正依頼

資格を証する書類が不鮮明のため、再添付してください。

申請内容に不備があります。以下の「申請内容を修正する」ボタンを押し、申請内容を確認して再申請してください。申請を取り消したい場合は、以下の「申請を取り消す」ボタンを押してください。

[→ 申請内容を修正する](#) [→ 申請を取り消す](#)

④修正依頼箇所を修正し、ページ下部の「金額確認画面へ進む」をクリックします。

薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名 **必須**

←入力内容を修正する場合は、正しい情報を再入力してください。

欠格事項（1） **必須**

法第75条第1項の規定により許可を取り消され、取消の日から3年を経過していない者 **必須**

なし 全なし あり ←選択内容を修正する場合は、正しい内容を再選択してください。

地域包括ケアシステムに関する研修 **必須**

地域連携薬局認定基準適合表「13」に該当する、地域包括ケアシステムに関する研修を修了したことを証する書類の写しを添付してください。 **必須**

←データについては、修正指示のあったものを含め、全データで再添付が必要となります。

申請手数料

12,300円

[→ 金額確認画面へ進む](#)

⑤「確定前金額確認」→「入力内容確認」にすすみ、内容を確認します。

⑥入力内容に誤りや不備がないことを確認し、「送信」をクリックします。

⑦改めて申請者アドレスに [【重要】仮申請完了のご案内] メールが届きます。

このメールは宮城県仙南保健所獣疫業事班の申請フォームより申込みをされた方に送信しております。

申請を受け付けました。

審査後にお支払い金額を確定し、メールにてご案内いたします。

なお、現時点では仮申請の段階です。

担当者確認後に支払い案内メールを送付しますので、メール内のURLよりお支払い願います（クレジットカード又はPayPay）。

- 県から申請手数料の支払い依頼があった場合の対応について説明します。

①申請者のアドレスに [【要対応】お支払い内容確定のご案内]が届きます。

【要対応】お支払い内容確定のご案内 -【宮城県】地域連携薬局認定申請（新規）_仙南保健所 [受付番号:RB00000187]

 no-reply@logoform.st-japan.asp.lgwan.jp
宛先 yakumu-k@pref.miyagi.jp

※本メールは、フォームにご入力された方にお送りする自動配信メールです。本メールへの返信はできません。
※本メールに心当たりが無い場合は、お手数ですがメールを破棄していただきますようお願いいたします。

このメールは宮城県仙南保健所獣薬事班の申請フォームより申込みをされた方に送信しております。

申請確定のための重要なお知らせです。

本申請には仮申請時に自動送信されたメール内にあるパスワードが必要です。
メール受信後、5日間以内にお支払いが完了しない場合は、申請を取消させて頂く場合がございますのでご了承ください。

以下の URL にアクセスし、オンライン決済を実行してください。

https://logoform.jp/payment/COLidAE2xKMVbGS2zEkzuhwldYmybTsVXReg3wl6YNg?receipt_num=ZM00000491&key=fba4a305194de6ec589e4fedeca76194e8aa3d4a9d397e45beec407bd7de3d6

！重要！

- ※ メール受信後の支払期限は**5日間**です（受信日含む）。
- ※ 期限までに支払いが完了しない場合、仮申請を取り消すことがあります。

②メール内のURLをクリックし、メールに記載のパスワードを入力します。



[【重要】仮申請完了のご案内メール]（P8）に記載の決済画面ログイン用パスワードを入力します。

③申請内容を確認し、「お支払いに進む」をクリックします。

本申請フォーム

1 入力 2 申請内容 3 決済情報入力 4 確認 5 完了

以下がご申請内容になります。ご確認いただきお間違いなければ次へ進んでください。

受付番号
RB00000187

オンライン申請での手数料の支払いは「クレジットカード決済」又は「PayPay決済」で行うことについて理解し、同意しますか。
決済方法について理解し、同意します。

業務の種類
地域連携薬局

申請の種類
新規

営業所が所在する地域を管轄する公所
仙南保健所

申請者の種類
個人

申請者情報
氏名 宮城 太郎
住所 〒980-8570 宮城県 仙台市青葉区 本町3丁目8-1

お支払い金額

薬事取扱	12,300 円
郵送料	530 円
支払い合計金額	12,830 円

← 1つ前の画面に戻る **→ お支払いに進む**

④支払い金額を確認し、決済方法を「クレジットカード」「PayPay」から選択します。

本申請フォーム

1 入力 2 申請内容 3 決済情報入力 4 確認 5 完了

金額をご確認の上、決済情報を入力して、「確認画面へ進む」を押してください。

お支払い金額

薬事取扱	12,300 円
郵送料	530 円
支払い合計金額	12,830 円

決済方法 **必須**

クレジットカード

PayPay

申請の前に以下の内容に同意して頂く必要がございます。内容をご確認・同意の上、「確認画面へ進む」ボタンを押してください。
【同意事項】
本システムご利用にあたり、本システムを提供する自治体が指定した指定納付受託者である株式会社トラストバンク、クレジットカード会社その他の決済事業者に、納付に関する事務を委託します。
クレジットカードを選択する場合、本システムに入力した決済に関する情報（メールアドレス等の個人情報を含みます。）については、決済を実行するために、株式会社トラストバンク、およびクレジットカード会社その他の決済事業者による本システムを通じて提供されます。

← 最初に戻る ← 1つ前の画面に戻る **→ 確認画面へ進む**

＜クレジットカード決済の場合＞

決済方法 **必須**

クレジットカード

お支払いに利用されるクレジットカードの情報をご入力ください。

ご利用可能なカード一覧



カード番号 **必須**

1234567890123456

※ハイフン (-) は入力しないでください。

カード名義人 **必須**

TARO YAMADA

カードの表示通りに入力してください。
例: 「TARO YAMADA」

有効期限 **必須**

月 - 年 -

カードの有効期限は通常「月/年(西暦下2桁)」で印刷されています。

支払い回数 **必須**

一括払い

セキュリティコード **必須**

セキュリティコードとは、カード裏面（アメリカン・エクスプレスカードは裏面）に印刷されている3桁または4桁の数字のことです。
※ここに数字が印刷されていないカードはご利用できません。

ご署名

1234 999

AMERICAN EXPRESS

1234 567890 12345

9999

メールアドレス
yakumu-k@pref.miyagi.lg.jp

申請の前に以下の内容に同意して頂く必要があります。内容をご確認・同意の上、「確認画面へ進む」ボタンを押してください。

【同意事項】

本システムご利用にあたり、本システムを提供する自治体が指定した指定納付受託者である株式会社トラストバンク、クレジットカード会社その他の決済事業者に、納付に関する事務を委託します。クレジットカードを選択する場合、本システムに入力した決済に関する情報（メールアドレス等の個人情報を含みます。）については、決済を実行するために、株式会社トラストバンク、およびクレジットカード会社その他の決済事業者の本システムを通じて提供されます。

← 最初に戻る ← 1つ前の画面に戻る **→ 確認画面へ進む**



本申請フォーム

入力 申請内容 決済情報入力 **4 確認** 完了

以下でお支払いを進めます。問題なければ「決済する」を押してください。

受付番号

RB00000187

申請者情報

氏名 宮城 太郎

氏名フリガナ ミヤギ タロウ

住所 〒980-8570 宮城県 仙台市青葉区 本町 3丁目 8-1

電話番号 0222112653

決済情報

決済方法 クレジットカード

カード番号 410000*****100

カード名義人 TARO MIYAGI

有効期限 2030年1月

支払い回数 一括払い

メールアドレス yakumu-k@pref.miyagi.lg.jp

← 最初に戻る ← 1つ前の画面に戻る **→ 決済する**

＜PayPay決済の場合＞

決済方法 必須

クレジットカード

PayPay

PayPay

- 「PayPay残高」と「PayPayあと払い」でのお支払いが可能です。
- PayPayの画面が表示されたら5分以内にお支払いを完了してください。
- シェアレットブラウザ、プライベートモード、アプリ内ブラウザでのご利用はできません。

[PayPayでのお支払いについて](#)

申請の前に以下の内容に同意して頂く必要があります。内容をご確認・同意の上、「確認画面へ進む」ボタンを押してください。

【同意事項】
本システムご利用にあたり、本システムを提供する自治体が指定した指定納付受託者である株式会社トラスバンク、クレジットカード会社その他の決済事業者に、納付に関する事務を委託します。クレジットカードを選択する場合、本システムに入力した決済に関する情報（メールアドレス等の個人情報を含みます。）については、決済を実行するために、株式会社トラスバンク、およびクレジットカード会社その他の決済事業者によるシステムを通じて提供されます。

← 最初に戻る ← 1つ前の画面に戻る → **確認画面へ進む**

本申請フォーム

✓ 入力 ✓ 申請内容 ✓ 決済情報入力 4 確認 5 完了

以下でお支払いを進めます。問題なければ「決済する」を押してください。

受付番号
RB00000187

申請者情報

氏名 宮城 太郎
氏名フリガナ ミヤギ タロウ
住所 〒980-8570 宮城県 仙台市青葉区 本町3丁目8-1

決済情報

決済方法 PayPay

① 「決済する」ボタンを押すとPayPay決済画面が別画面で表示されます。
表示されない場合はブラウザのポップアップブロックが有効になっている可能性があるため、設定を解除してください。

← 最初に戻る ← 1つ前の画面に戻る → **決済する**

スマートフォンから
支払いする場合はこちらを
クリックしてください

宮城県電子申請

4:17 以内に支払いを完了してください

支払い詳細

支払い金額 12,830円
オーダーID 50387545534036

QRコードをスキャンできない場合は
[こちらをクリック](#)

PayPayアプリで
QRコードをスキャンして支払い

Powered by PayPay

！重要！

- ※ 1申請につき、オンライン決済の上限は9回までです。
- ※ 9回失敗すると、その申請では決済が受付不可となり、再申請が必要となります。PayPay決済ができない場合は、ブラウザのポップアップブロックを「無効」にした上で再試行願います。クレジットカード決済できない場合は、クレジットカード会社へお問い合わせください。

⑤決済が完了すると、送信完了画面が表示されます。

⑥申請者のアドレスに [【重要】お支払い手続き完了のご案内] メールが届きます。

【重要】お支払い手続き完了のご案内 -【宮城県】地域連携薬局認定申請（新規）_仙南保健所 [受付番号:RB00000187]

 no-reply@logoform.st-japan.asp.lgwan.jp
宛先 yakumu-k@pref.miyagi.jp

[← 返信](#) [← 全員に](#)

※本メールは、フォームにご入力された方にお送りする自動配信メールです。本メールへの返信はできません。
※本メールに心当たりが無い場合は、お手数ですがメールを破棄していただきますようお願いいたします。

このメールは宮城県仙南保健所獣疫業務課の申請フォームよりお支払いをされた方に送信しております。

以下の申請において決済が完了し、本申請を受け付けました。

下記の【必要書類】について、下記宛て先にご郵送願います。

<郵送いただく書類【必要書類】>
・（「郵送で受け取る（返送用封筒提出）」を選択した場合）
返送用レターバック又は簡易書留用封筒（角2サイズ、530円切手付き）

<郵送先>
〒989-1243
宮城県柴田郡大河原町字南129-1
仙南保健所獣疫業務課
「地域連携薬局認定申請受付」係

<郵送受取を選択した方>
認定証が発行され次第、申請者住所へ郵送させていただきます。

<窓口受取を選択した方>
認定証が発行され次第、選択した受取窓口より、申請者電話番号へご連絡させていただきます。
連絡がありましたら受取窓口まで来所願います。

※ 本申請完了から14日以内に認定証が発行されます（土日祝日、郵送受取の場合は郵送日数を含みません）。

- 上記⑤⑥の確認ができましたら、本申請（決済）が完了です。
- 更新申請、書換え交付、汚損・破損による再交付申請は、本申請後に、申請先（薬務課・保健所）へ認定証（原本）を提出してください。
- 「郵送受取（返送用封筒提出）」を選択した場合は、申請先（薬務課・保健所）へ返送用封筒を提出してください。
- 「薬務課・保健所受取」は認定証発行後、指定した受取窓口から電話連絡があります。

！重要！

※ 電子申請の場合、地域連携薬局認定申請（更新を含む）については、本申請完了から14日以内に、書換え交付・再交付申請については、本申請完了から10日以内に認定証が発行されます（土日祝日、郵送受取の場合は郵送日数を含みません）。

※ 変更届と認定証の書換え交付申請など、複数の申請を行った場合は、全ての本申請が完了しないと認定証の発行が行えません。