業務従事証明書

年　　　月　　　日

（従事者の氏名）　殿

薬局開設者又は

医薬品販売業者の住所

法人にあっては､主たる

事務所の所在地

薬局開設者又は

医薬品販売業者の氏名

法人にあっては､名称

及び代表者氏名

　　（連絡先電話番号：　　　　　　　　　　　　　）

管理者氏名

　下記の者の実務は、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 | 〒 |
| 販売従事登録年月日及び登録番号 |  |
| 薬局、店舗の名称及び許可番号 | （業態：　　　　　　　　　　　　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　　　　月間）　　　　　　　年　　　月　～　　　　年　　　月

　　　　　　　　　このうち、要指導医薬品若しくは第１類医薬品を販売し、授与する薬局等において業務

　　　　　　　　　に従事した期間　（　　　年　　　月間　　年　　　月　～　　　　年　　　月　）

２　業務内容

（業務期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた業務に該当する□にチェック）

　□ 主に一般用医薬品の販売等の直接の業務

　□ 一般用医薬品の販売時の情報提供業務

　□ 一般用医薬品に関する相談対応業務

　□ 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務

　□ 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務

　□ 一般用医薬品の陳列や広告に関する業務

３　業務時間（該当する場合は□にチェック）

　□ 上記１の期間において、上記２の実務に１か月に合計８０時間以上従事した。

　□ 上記１の期間において、上記２の実務に従事し、合計（　　　　）以上従事した。

４　研修の受講（受講した研修の年月日及び概要を記載）

（注意）

１　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４とする。

２　字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に記載する。

３　この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付する。

４　薬局又は店舗の名称、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については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない

５　業務の従事期間が２年以上である登録販売者については証明する場合は、「２．業務内容」を「登録販売者として行った業務に該当する□にチェック」と読み替える。