

実務従事確認書

年 月 日

台東区台東保健所長 殿

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〕
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〕

以下のとおりであることを責任をもって確認しました。

氏 名	(生年月日: 年 月 日)
住 所	〒
薬局又は店舗の名称 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画	

1 実務期間

年 月 ~ 年 月 (年 月間)

2 実務内容

(実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実務に該当する□にチェック)

- 主に一般用医薬品の販売等を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- 一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- 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実務又はその内容を知ることができる実務
- 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実務
- 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務
- 一般用医薬品の陳列や広告に関する実務

3 実務時間 (該当する場合は□にチェック)

- 上記1の期間の全ての月にわたり、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事した。
- 上記1の期間の全ての月にわたり、上記2の実務に従事し、合計 () 時間従事した。

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 この勤務内容に関する勤務簿の写し、研修修了証の写し等を添付する
- 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