

業務従事証明書

(従事者の氏名) 殿

薬局開設者又は医薬品の販売業者

住所

氏名

(法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

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	
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	
薬局若しくは店舗の所在地 又は配置販売業の区域	
業務期間	年 月 ～ 年 月 (年 月間)
上記の業務時間のうち、 要指導医薬品若しくは第 1類医薬品を販売し、又 は授与する薬局等におい て業務に従事した期間	年 月 ～ 年 月 (年 月間)
業務内容 (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項目に☑してください。)	<input type="checkbox"/> 主に一般用医薬品の販売等の直接の業務 <input type="checkbox"/> 一般用医薬品の販売時の情報提供業務 <input type="checkbox"/> 一般用医薬品に関する相談対応業務 <input type="checkbox"/> 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務 <input type="checkbox"/> 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務 <input type="checkbox"/> 一般用医薬品の陳列や広告に関する業務
業務時間 (該当する項目に☑してください。)	<input type="checkbox"/> 上記の期間において、上記の業務に1か月に合計80時間以上従事した。 <input type="checkbox"/> 上記の期間において、上記の業務に従事し、合計()時間従事した。
研修の受講 (受講した外部研修の年月日及び概要を記載してください。)	

※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します(承諾されない方はお申し出ください。)

(注意)

- 用紙の大きさは、A4とする。
- 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- 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。
- 配置販売業にあっては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 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。
- 業務の従事期間が2年以上である登録販売者について証明する場合は、「業務内容」を「登録販売者として行った業務に該当する項目に☑してください。」と読み替える。