

業務従事証明書 (記載例)

第〇号

令和 〇 年 〇 月 〇 日

(従事者の氏名) 殿

薬局開設者又は医薬品の販売業者
 住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)
 〇〇県〇〇市〇〇丁目〇-〇 〇〇ビル 〇階
 氏名 (法人にあっては名称及び代表者の氏名)
 株式会社 〇〇〇〇
 代表取締役 〇〇 〇〇

問い合わせに対応できるよう付番してください。

以下のとおりであることを証明します。

氏 名	△△ △△ (生年月日・ 〇〇年 〇月 〇日)
住 所	〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇
販売従事登録年月日 及び登録番号	〇〇年 〇月 〇日 登録番号：〇〇-〇〇-〇〇〇〇
薬局又は店舗の名称 及び許可番号等	〇〇ドラッグ 許可番号：〇〇V〇〇〇〇〇〇
薬局若しくは店舗の所在地 又は配置販売業の区域	△△市△△町△丁目△-△ (配置販売業の場合は、「大阪府一円」と記入してください。)

ある開設者が複数の薬局等における従事経験を一度に証明をする場合、別紙にて必要事項を記載していただくこともできます。この場合、当該欄には「別紙のとおり」と記載してください。

1. (1) 業務期間 (4 年 1 月間)
 平成 28 年 1 月 ~ 平成 29 年 1 月 (1 年 1 月間)
 平成 29 年 7 月 ~ 令和 2 年 6 月 (3 年 月間)

- このうち、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
 (2) 業務期間 (3 年 月間)
 平成 29 年 7 月 ~ 令和 2 年 6 月 (3 年 月間)

実務期間が連続しない場合は、分けて記載してください。

2. 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□にレを記入)

- 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□にレ点を記入)

- 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の業務に従事し、合計 () 時間従事した。

4. 研修の受講 (受講した外部研修の年月日及び概要を記載)

令和 〇年 〇月 〇日 〇〇研修 登録販売者の関係法規に関する研修 (6時間)
 令和 〇年 〇月 〇日 □□研修 一般用医薬品の知識に関する研修 (6時間)

(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、「2. 業務内容」を「登録販売者として行った業務に該当する□にレを記入」と読み替える。