

業務従事確認書（記載例）

第〇号

令和〇年〇月〇日

堺市長 殿

医薬品の販売業者（申請者）

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）
堺市堺区南瓦町 3 - 1

氏名（法人にあつては名称及び代表者の氏名）

株式会社 堺市

代表取締役 堺市 太郎

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責任をもって確認しました。

氏 名	堺市 次郎 (生年月日・〇〇〇〇年〇〇月〇〇日)
住 所	堺市〇区〇〇町〇 - 〇
販売従事登録年月日 及び登録番号	令和〇年〇月〇日 登録番号：〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇〇
薬局又は店舗の名称	〇〇ドラッグストア 許可番号：〇〇V〇〇〇〇〇〇
	△△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。)

該当する場合は、対応する医薬品区分に○をつけてください。

従事期間が連続しない場合は、分けて記載してください。

1. 業務期間
令和 〇 年 1 月間) 令和 元 年 4 月 ~ 令和 4 年 3 月
令和 5 年 4 月 ~ 令和 6 年 4 月

業務期間のうち、{ 要指導医薬品 ・ 第1類医薬品 } を販売又は授与する次の施設において業務に従事した期間
・薬局 ・薬剤師又は被確認者が管理者である店舗販売業
(3 年 0 月間) 令和 元 年 4 月 ~ 令和 4 年 3 月

業務期間のうち、店舗管理者又は区域管理者として店舗又は区域において業務に従事した期間
(1 年 10 月間) 令和 2 年 4 月 ~ 令和 4 年 1 月

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業務を記載してください。）

- 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
- 一般用医薬品の管理や貯蔵
- 一般用医薬品の陳列や広告に関する業務

業務期間の内、被確認者が管理者として従事した期間を記載してください。

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の業務に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1か月に合計160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（ 3000 ）時間

1. で記載した期間中に受講した研修を記載してください。

4. 研修の受講（受講した外部研修（追加的な研修を含む。）の年月日及び概要を記載）

令和 〇 年 〇 月 〇 日 継続的研修 一般用医薬品及び登録販売者に関する研修（12時間）

令和 〇 年 〇 月 〇 日 追加的研修 店舗の管理及び法令遵守に関する研修（6時間）

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- 3 この確認内容に関する勤務状況報告書、研修修了証の写し等を添付すること。
- 4 配置販売業にあつては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 5 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。
- 6 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。