

業務従事証明書（記載例）

第〇号

令和〇年〇月〇日

堺市 次郎 殿

薬局開設者又は医薬品の販売業者

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証明します。

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 及び許可番号	〇〇ドラッグストア 許可番号：〇〇V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。)

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 ( 4 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 ・ 薬剤師若しく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

2. 業務内容 (期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導する医薬品区分に〇をつける□にレを記入)  
 主に一般用医薬品の販売等の直接の業務  一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務  
 一般用医薬品の販売時の情報提供業務  一般用医薬品の陳列や広告に関する業務  
 一般用医薬品に関する相談対応業務

該当する場合は、対応してください。

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 ( 3 0 0 0 )

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)  
 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)

- 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状況報告書等を添付する。
- 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。
- 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。