|  |
| --- |
| 業務従事証明書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　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）氏名（法人にあっては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 | 登録番号： |
| 薬局又は店舗の名称及び許可番号 | 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 |  |
| １．業務期間　（　　　年　　　月間）　　　　　年　　　月　　～　　　　　年　　　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（　　　　年　　　月間）　　　　　　　年　　　　月　　～　　　　　年　　　　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□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制度の内容等の説明業務□一般用医薬品の販売時の情報提供業務　　　　　　□一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務□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（　　　　　）時間従事した。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） |

（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 この証明に関する勤務状況報告書等を添付する。

４ 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。

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。