|  |
| --- |
| 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．（１）業務期間　（　　　 　年　　　　 月間　） 　 　年　　 月 　～ 　　　　年 　　月　 （　　　 　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した期間（２）業務期間　（　　　　年　　　　月間　） 　 　年　　 月 　～ 　　　　年 　　月　　 （　　　　年　　　　月間　）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）　　　　　　　　　 |

（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簿の写し又はこれに準ずるものを添付する。

　　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。