

業 務 従 事 確 認 書

広島市保健所長 殿

医薬品の販売業者

住所

氏名

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

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	(生年月日： 年 月 日)
住 所	
販 売 従 事 登 録 年 月 日 及 び 登 録 番 号	
薬 局 又 は 店 舗 の 名 称 及 び 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	
業 務 期 間	年 月 ～ 年 月 (年 月間)
上記の業務期間のうち、店 舗販売業者又は区域管理者 として店舗又は区域におい て業務に従事した期間	年 月 ～ 年 月 (年 月間)
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項目 に☑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
業 務 時 間 (該当する項目に☑してください。)	☐ 上記の期間において、上記の業務に1か月に合計80時間以上従事した。 ☐ 上記の期間において、上記の業務に1か月に合計160時間以上従事した。 ☐ 上記の期間において、上記の業務に従事し、合計()時間従事した。
研 修 の 受 講 (受講した外部研修(自発的研修を含む) の年月日及び概要を記載してください。)	

※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します(承諾されない方はお申し出ください。)。 (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簿の写し、研修終了証の写し等を添付する。
- 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1年以上である登録販売者について確認した場合は、「業務内容」を「登録販売者として行った業務に該当する項目に☑してください。」と読み替える。