

実務従事確認書

広島市保健所長 殿

医薬品の販売業者

住所

氏名

(法人にあっては、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	
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	
実 務 期 間	年 月 ～ 年 月 (年 月間)
実 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実務に該当 する項目に☑してください。)	☐ 主に一般用医薬品の販売等を補助する実務又はその内容を知ることができる実務 ☐ 一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する実務又はその内容を知ることができる実務 ☐ 一般用医薬品に関する相談があった場合の対応を補助する実務又はその内容を知ることができる実務 ☐ 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明の方法を知ることができる実務 ☐ 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務 ☐ 一般用医薬品の陳列や広告に関する実務
実 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、上記の実務に1か月に合計80時間以上従事した。 ☐ 上記の期間において、上記の実務に1か月に合計160時間以上従事した。 ☐ 上記の期間において、上記の実務に従事し、合計()時間従事した。
研 修 の 受 講 (外部研修(追加的研修を含 む。)の受講実績がある場合にあ っては、受講した外部研修(追加 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。