

実務従事証明書

(従事者の氏名) 殿

薬局開設者又は医薬品の販売業者

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	
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)
上記の業務時間のうち、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	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。)	<input type="checkbox"/> 主に一般用医薬品の販売等の直接の実務 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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出来る実務 <input type="checkbox"/> 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務 <input type="checkbox"/> 一般用医薬品の陳列や広告に関する実務
業 務 時 間 (該当する項目に☑してください。)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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 (外部研修(自効的研修を含む。)の受 講実績がある場合にあつては、受講した 外部研修(自効的研修を含む。)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。