年　　　月　　　日

業 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。） | □ 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、上記の業務に従事し、合計（　　　　）時間従事した。 |
| 研修の受講  （受講した外部研修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、「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。