|  |
| --- |
| 業務従事証明書 令和 　　年　 月　　日　（従事者氏名）　　　　　様薬局開設者又は医薬品販売業者の住　　　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。なお，その詳細については別添の勤務状況報告書のとおりです。 |
|  | 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 | 名称：許可番号： |
| 薬局若しくは店舗の所在地 |  |
| 　１．業務期間　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の実務に１か月に合計160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（追加的な研修を含む。）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。 |

（登録販売者用）