|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務従事証明書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬局開設者又は医薬品の販売業者  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。   |  |  | | --- | --- | | 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 |  |  1. 業務期間　（　　　年　　月間）　　　　　　　年　　月　～　　　　年　　月   　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）     1. 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□にレ点を記入）   ☐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   1. 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の業務に従事し、合計（　　　　）時間従事した。   1. 研修の受講（受講した外部研修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は要しない。  　　　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□にレ点を記入」と読み替える。 |