

業務従事証明書

〇〇年〇〇月〇〇日

●● ◆◆ 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）
〇〇市〇〇 〇-〇-〇
氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）
〇〇 ◆◆株式会社 代表取締役 〇〇 △◆

以下のとおりであることを証明します。

氏名	●● ◆◆ (生年月日・〇〇年〇〇月〇〇日)
住所	〒□□□-□□□□ 和歌山市〇〇 〇-〇-〇
販売従事登録年月日 及び登録番号	〇〇年〇〇月〇〇日 第□□-□□□-□□□□号
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	〇〇〇薬店 第□□-□□□-□□□□号
薬局若しくは店舗の 所在地又は 配置販売業の区域	〇〇市△△町□□丁目×番▽号

- 業務期間（〇年△月間） 〇〇年△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
	（〇年△月間） 〇〇年△月～□□年◇月
- 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
- 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。
- 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）
 - 〇年〇月〇日 一般社団法人■■■ 開催 薬品に共通する特性と基本的な知識、人体の働きと医薬品、主な一般用医薬品とその作用
 - 〇年〇月〇日 一般社団法人■■■ 開催 薬事に関する法規と制度、一般用医薬品の適正使用と安全対策、リスク区分等の変更があった医薬品、その他登録販売者として求められる理念、倫理、関連法規等