|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記 載 例実務従事確認書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○年○○月○○日　　和歌山県知事保健所長　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）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　和歌山市○○　○-○-○　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　株式会社わかやま　代表取締役　和歌山太郎　　以下のとおりであることを責任をもって確認しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 | 和歌山　花子　　　　　　　　　　　（生年月日・昭和○○年○○月○○日） |
| 住　　所 | 〒□□□－□□□□和歌山市○○　○-○-○ |
| 薬局又は店舗の名称及び許可番号 | 和歌山薬店　　第□□-□□□-□□□□号 |
| 薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域 | 和歌山市小松原通１－１ |

1. 実務期間　（　２　年　０月間）　　平成３０　年　１月　～令和２年　１月

２．実務内容（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を補助する業務又はその内容を知ることができる実務　　☑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　　☑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　　☑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できる実務　　☑一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務　　☑一般用医薬品の陳列や広告に関する実務1. 実務時間（該当する□にレ点を記入）

　☐上記１の期間において、上記２の実務に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）

令和 元年○月○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　令和 元年○月○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（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。 |