業務従事証明書

年月日

　姫路市保健所長　様

薬局開設者又は医薬品の販売業者の

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）

管理者氏名

　下記の者の業務は、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 | 〒－ |
| 薬局、店舗又は配置販売業の名称 | （業態：　　　　　　　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　　　　～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（該当する場合は□にレ点を記入）

□ 上記１の期間の全ての月にわたり、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の期間の全ての月にわたり、上記２の業務に従事し、通算して合計（　　　　）時間

従事した。

４．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、日本工業規格A4とする。

２ 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書く。

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 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」の（ ）内を

「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。