

業 務 従 事 証 明 書

年 月 日

(従事者の氏名) 殿

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)

薬局開設者又は
医薬品販売業者の氏名

(法人にあっては、名称
及び代表者氏名)

(連絡先電話番号:)

管理者氏名

下記の者の実務は、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	〒
販売従事登録年月日 及び登録番号	
薬局、店舗の名称 及び許可番号	(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、授与する薬局等において業務
に従事した期間 (年 月間 年 月 ~ 年 月))

2 業務内容

(業務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□にチェック)

- 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□にチェック)

- 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の実務に従事し、合計 () 以上従事した。

4 研修の受講 (受講した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、楷書で明瞭に記載する。
- 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 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
- 5 業務の従事期間が2年以上である登録販売者については証明する場合は、「2. 業務内容」を「登録販売者として行った業務に該当する□にチェック」と読み替える。