|  |
| --- |
| 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の販売業者住所　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては、主たる事務所の所在地、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　～　　　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□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。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、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を要しない。

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□にレを記入」と読み替える。

　　年　　月　　日

**業務経験被証明者　　　　　　　　　に係る勤務状況報告書**

薬局開設者又は医薬品の販売業者

住所

氏名

法人にあっては、主たる事務所の所在地、

名称及び代表者の氏名

　上記の者の一般用医薬品販売に係る業務経験について、下記の通り報告します。なお、本証明に係る根拠資料については、貴市より求めがあれば提供いたします。

**年　　月　　日　 ～　 　　年　　月　　日分の勤務状況**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務期間(1ヶ月単位で記載) | 従事日数 | 勤務時間 | 業務期間(1ヶ月単位で記載) | 従事日数 | 勤務時間 |
| 月　　日～　　月　　日 | 日間 | 時間　分 | 月　　日～　　月　　日 | 日間 | 時間　分 |
| 月　　日～　　月　　日 | 日間 | 時間　分 | 月　　日～　　月　　日 | 日間 | 時間　分 |
| 月　　日～　　月　　日 | 日間 | 時間　分 | 月　　日～　　月　　日 | 日間 | 時間　分 |
| 月　　日～　　月　　日 | 日間 | 時間　分 | 月　　日～　　月　　日 | 日間 | 時間　分 |
| 月　　日～　　月　　日 | 日間 | 時間　分 | 月　　日～　　月　　日 | 日間 | 時間　分 |
| 月　　日～　　月　　日 | 日間 | 時間　分 | 月　　日～　　月　　日 | 日間 | 時間　分 |
| 月　　日～　　月　　日 | 日間 | 時間　分 | 月　　日～　　月　　日 | 日間 | 時間　分 |
| 月　　日～　　月　　日 | 日間 | 時間　分 | 月　　日～　　月　　日 | 日間 | 時間　分 |
| 月　　日～　　月　　日 | 日間 | 時間　分 | 月　　日～　　月　　日 | 日間 | 時間　分 |
| 月　　日～　　月　　日 | 日間 | 時間　分 | 月　　日～　　月　　日 | 日間 | 時間　分 |
| 月　　日～　　月　　日 | 日間 | 時間　分 | 月　　日～　　月　　日 | 日間 | 時間　分 |
| 月　　日～　　月　　日 | 日間 | 時間　分 | 月　　日～　　月　　日 | 日間 | 時間　分 |

**根拠としたもの：**

※「根拠としたもの」は、時間のみではなく業務内容もわかる書類を記載すること。

※　業務従事証明書１枚ごとに対応する期間の勤務状況報告書を添付すること。

上記内容について事実と相違ありません。

　　　　　　　　　　　　　　　（被証明者）氏　名：