**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

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 | 年　　月　　日　　登録番号： |
| 薬局又は店舗の名称  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、又は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（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の実務に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。

４．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）

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡先  （担当・電話番号） |  |

（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。

　薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域は、「香川県一円」等と記載する。

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。

７　連絡先の欄には、この証明書について照会があった場合に対応することのできる担当部署、担当者及び電話番号を記載する。