

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 (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)

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	登録番号：
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	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. (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

(2) 業務期間 ( 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)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 主に一般用医薬品の販売等の直接の業務 | <input type="checkbox"/> 一般用医薬品の販売時の情報提供業務    |
| <input type="checkbox"/> 一般用医薬品に関する相談対応業務   | <input type="checkbox"/> 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務 |
| <input type="checkbox"/> 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務 | <input type="checkbox"/> 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。