|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
| 薬局又は店舗の名称  及び許可番号 | 第　　　　　　　　　　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　から　　　年　　月　まで　（　　　年　　　ヶ月間）  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  ・要指導医薬品　　　　 年　　月　から　　　年　　月　まで（　　　年　　　ヶ月間）  ・第１類医薬品　　　　 年　　月　から　　　年　　月　まで（　　　年　　　ヶ月間）  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）  　　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。  □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） | |