

(従事者の氏名) 殿

住所は申請者住所を記載。
氏名は開設者が個人の場合は
個人名のみ記載。

薬局開設者又は医薬品の販売業者

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

〒〇〇〇-△△△△

氏名 (法人にあつては名称及び代表者の氏名)

株式会社〇〇〇

代表取締役 □□ □□ (印)

以下のとおりであることを証明します。

氏名	△△ △△ (生年月日・ 〇〇年 □□月 ××日)
住所	〒 〇〇市〇〇〇
販売従事登録年月日 及び登録番号	〇〇年 □□月 ××日 〇〇-□□-××××
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	〇〇ドラッグ 第□□□□□号
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	〒 京都市〇〇区

登録販売者試験に合格後、従事した過去5年間の業務経験のみ記載してください。

1. 業務期間

平成27年 4月 から 令和元年 12月 まで (4年 9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
- ・第1類医薬品 年 月 から

要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売する等する店舗において、登録販売者が管理者となる場合に記載してください。

規則第140条等関係

業務に従事した期間は次の①及び②の期間が該当します。

① 次のアからウまでに掲げる薬局、店舗又は区域において、登録販売者として業務に従事した期間

- ア 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
- イ 薬剤師が店舗管理者であるよう指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売し、又は授与する店舗
- ウ 薬剤師が区域管理者である第1類医薬品を配置販売する区域

② 次のア又はイに掲げる管理者として業務に従事した期間

- ア 用指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売し、又は授与する店舗の店舗管理者
- イ 第1類医薬品を配置販売する区域の区域管理者

2. 業務内容 (期間内に薬剤師又は登録販売者の管理業務の従事期間が2年以上である登録販売者について行った業務に該当する□にレを記入) と読

- 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。

受講した外部研修の概要を記載ください。

1か月の従事時間が80時間に満たない場合には上記1の期間での勤務合計時間を記載ください。

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)

令和元年 5月 〇日 〇〇研修 登録販売者の関係法規に関する研修 (6時間)

令和元年 11月 □日 □□研修 一般用医薬品の知識に関する研修 (6時間)