

実務従事証明書

年 月 日

(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
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

一般従事者として従事した過去5年間の実務経験のみ記載してください。

1. 実務期間

平成27年 4月 から 令和元年 12月 まで (4年 9ヶ月間)

2. 実務内容 (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実務に該当する□にレを記入)

- 主に一般用医薬品の販売等の直接の実務
- 一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- 一般用医薬品に関する相談があった場合の対応を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明の方法を知ることができる実務
- 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務
- 一般用医薬品の陳列や広告に関する実務

該当する箇所すべてにレ点を記入してください。

3. 実務時間 (該当する□にレ点を記入)

- 上記1の期間において、上記2の実務に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の実務に従事し、通算して合計 () 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 (外部研修の受講実績がある場合にあつては、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)