

業務
実務 従事証明書

年 月 日

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）
（記名押印又は署名）

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、店舗の名称 及び許可番号	
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	

1 薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で 業務 実務 に従事した期間等

次の期間において、全ての月について1か月に合計80時間以上従事した。

次の期間において、合計 時間従事した。

年 月 ～ 年 月（ 年 月間）

2 店舗管理者又は区域管理者として業務に従事した期間等

年 月 ～ 年 月（ 年 月間）

3 外部研修の受講

修了年月日	研修実施機関

(裏面)

- 注 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。
- 3 登録販売者について証明する場合は様式中の「実務」の文字を二重線で消し、一般従事者について証明する場合は「業務」の文字を二重線で消すこと。
- 4 「1 薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で業務・実務に従事した期間等」、「2 店舗管理者又は区域管理者として業務に従事した期間等」及び「3 外部研修の受講」については、該当する事項を全て記載すること。
- 5 登録販売者について証明する場合は、「1 薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で業務に従事した期間等」及び「2 店舗管理者又は区域管理者として業務に従事した期間等」について、以下の業務に従事した期間を記載すること。
- ・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
- 6 一般従事者について証明する場合は、販売従事登録年月日及び登録番号は空欄とし、「1 薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で実務に従事した期間等」について、以下の実務に従事した期間を記載すること。
- ・主に一般用医薬品の販売等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
- 7 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、「薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で業務に従事した期間」を「業務期間」と読み替える。
- 8 「3 外部研修の受講」については、「登録販売者の資質向上のための外部研修に関するガイドライン（薬局開設者並びに店舗販売業者及び配置販売業者が委託して行う外部研修について）」（平成24年3月26日薬食総発0326第1号厚生労働省医薬食品局総務課長通知別添）に定める研修と同等以上の研修について記載すること。