

業務従事証明書

(元号) 〇〇年〇〇月〇〇日

筑紫 一郎 殿

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)
福岡県●●市●●●●●●-●●●●
氏名(法人にあつては名称及び代表者の氏名)
株式会社ドラッグ記載例
代表取締役 福岡 太郎

以下のとおりであることを証明します。

氏名	筑紫 一郎 (生年月日・(元号) 〇〇年〇〇月〇〇日)
住所	福岡県〇〇〇市〇〇〇〇〇-〇〇〇〇〇
販売従事登録年月日 及び登録番号	販売従事登録年月日: (元号) 〇〇年〇〇月〇〇日 登録番号: 第〇〇〇〇〇〇〇号
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	ドラッグ記載例 〇〇店 許可番号: 第〇〇〇〇〇〇〇〇号
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	福岡県〇〇町〇〇〇〇〇-〇〇〇

1. 業務期間 (5年 0月間) 令和2年 1月 ~ 令和6年 12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 (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)

- 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の実務に1か月に合計160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(追加的な研修を含む。)の年月日及び概要を記載)

- 令和2年〇月〇日 株式会社〇△開催
- 令和3年〇月〇日 公益財団法人◇◇開催
- 令和4年〇月〇日 一般社団法人△△開催
- 令和5年〇月〇日 株式会社〇△開催
- 令和6年〇月〇日 一般社団法人×〇開催

(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 配置販売業にあつては、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。