

実務従事確認書

(元号) 〇〇年〇〇月〇〇日

福岡県知事 殿

医薬品の販売業者（申請者）

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

福岡県〇〇市〇〇〇〇〇〇-〇〇〇〇〇

氏名（法人にあっ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責任をもって確認しました。

氏名	筑紫 一郎 (生年月日・(元号) 〇〇年〇〇月〇〇日)
住所	福岡県〇〇〇市〇〇〇〇〇〇-〇〇〇〇〇
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	福岡県〇〇町〇〇〇〇〇〇-〇〇〇

1. 実務期間（ 7 年 0 月間）
平成30年 1 月 ～ 令和6年12月 （ 7 年 0 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
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の実務に従事し、通算して合計（5, 000）時間従事した。
4. 研修の受講（外部研修（追加的な研修を含む。）の受講実績がある場合にあっては、受講した外部研修の年月日及び概要を記載）
- 令和元年〇月〇日 一般社団法人△△開催
- 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 この確認内容に関する勤務簿の写し、研修修了証の写し等を添付する。
- 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。