

業 務 従 事 証 明 書

年 月 日

滋賀県知事

薬局開設者又は
医薬品販売業者の住所
〔法人にあつては、主たる
事務所の所在地〕
薬局開設者又は
医薬品販売業者の氏名
〔法人にあつては、名称
及び代表者氏名〕
(連絡先電話番号：)
管理 者 氏 名

下記の者の業務は、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	〒
薬局、店舗又は配置販売業の名称等	(業態： 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 業務期間 年 月 ～ 年 月 (年 月間)

〔このうち、要指導医薬品もしくは第1類医薬品を販売し、または授与する薬局等において、業務に従事した期間(年 月 ～ 年 月 (年 月間)〕

2 業務内容

(業務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□にチェック)

- 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 (該当する場合は□にチェック)

- 上記1の期間の全ての月にわたり、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事した。

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)

(注意)

- 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、楷書で明瞭に記載する。
- 3 薬局開設者又は医薬品の販売業者の住所、氏名、連絡先電話番号及び管理者氏名
 - (1) 個人開設の場合は、個人の住所及び氏名を記載し、個人印を押印する。法人開設の場合は、登記された主たる事務所の所在地及び商号並びに代表取締役氏名を記載し、代表取締役の登記印を押印する。
 - (2) 連絡先電話番号は、日中つながる会社等の電話番号を記載する。
 - (3) 管理者氏名は、勤務先の薬局の管理者、店舗管理者又は区域管理者の氏名を記載し、個人印を押印する。
- 4 薬局、店舗又は配置販売業の名称等は、許可証のとおり記載する。ただし、配置販売業にあつては、記載を要しない。
- 5 薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域は、配置販売業にあつては「滋賀県一円」等と記載する。
- 6 業務期間
 - (1) 1か月に80時間以上、月単位で計算する。
 - (2) 業務期間は、連続した期間ではなくても差し支えない。
- 7 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。
- 8 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□にチェック」と読み替える。
- 9 受講した外部研修の概要は、次の①から⑦のうち該当する研修内容の番号を記載する。

① 医薬品に共通する特性と基本的な知識	② 人体の働きと医薬品
③ 主な一般用医薬品とその作用	④ 薬事に関する法規と制度
⑤ 一般用医薬品の適正使用と安全対策	⑥ リスク区分等の変更があった医薬品
⑦ その他登録販売者として求められる理念、倫理、関連法規等	