

## 従 事 経 験 証 明 書

年 月 日

保健所長 様

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および代表者氏名）

印

下記の者は、第一類医薬品を販売し若しくは授与する薬局、薬剤師が店舗管理者である第一類医薬品を販売若しくは授与する店舗販売業、薬剤師が区域管理である第一類医薬品を配置販売する配置販売業、又は既存一般販売業において、登録販売者として下記の期間従事したことを証します。

氏 名	
住 所	
従事した薬局、店舗、又は配置販売業の名称、許可番号および業種	名称： 許可番号： 業種： 薬局          店舗販売業          配置販売業 既存一般販売業
従事した薬局、店舗の所在地又は配置販売業の区域	
業務に従事した期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 ( 年 月間)
従事した期間の管理薬剤師の氏名、免許番号および免許年月日( )	氏名： 免許番号： 免許年月日：

( )管理者が従事期間中に変更になった場合は、期間中全ての管理者の氏名、薬剤師免許番号、免許年月日および従事期間を記載すること。