

業務従事証明書

年 月 日

(従事者の氏名) 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)

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	登録年月日: 登録番号:
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	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 月間)
年 月 ~ 年 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の業務に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)

(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 配置販売業にあっては、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。

業務従事証明書（記載時の留意点）

◎用紙の大きさは、A4としてください。

◎字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書いてください。

◎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してください。勤務簿の写し又はこれに準ずるものは、証明する全ての期間の勤務簿の写し若しくはこれに準ずるもの又は別紙「勤務状況報告書」とします。

①証明年月日

◆業務経験を証明する日を記載してください。

②薬局開設者又は医薬品の販売業者

◆個人の場合は、個人名を記載してください。法人の場合は、商号及び代表者の氏名を記載してください。

③氏名、住所

◆従事者の氏名、住所を記載してください。

◆「生年月日」欄は従事登録証の記載のとおりにしてください。

④薬局又は店舗の名称及び許可番号

◆許可証に記載されている薬局等の名称及び許可番号を記載してください。

⑤業務期間

◆過去5年間の業務期間のみ記載してください。

⑥業務内容

◆該当する箇所にレを記入してください。

◆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」と読み替えてください。

⑦業務時間

◆該当する箇所にレを記入してください。

⑧研修の受講

◆受講した外部研修の年月日及び研修の概要を記載してください。

※本証明書は、登録販売者が「1. 業務期間」で記載した期間従事していた薬局の開設者又は医薬品の販売業者が作成してください。

令和〇〇 年 〇 月 〇

(従事者の氏名) 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）

大阪府〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）

株式会社 〇〇 〇〇

代表取締役 〇〇 〇〇

問い合わせに
応できるよう付
番してください。

以下のとおりであることを証明します。

氏名	△△ △△ (生年月日・ 〇〇 年 〇 月 〇 日)
住所	大阪府〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
販売従事登録年月日 及び登録番号	〇〇年〇月〇日 登録番号：〇〇-〇〇-〇〇〇〇
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	〇〇 ドラッグ 許可番号：V〇〇〇〇〇
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	大阪府××市××町××丁目××番××号 (配置販売業の場合は、「大阪府一円」と記入してください。)

ある開設者が複数の薬
局等における従事経験
を一度に証明をする場
合、別紙にて必要事項を
記載していただくこと
もできます。
この場合、当該欄には
「別紙のとおり」と記載
してください。

1. 業務期間 (4 年 2 月間)

平成 28 年 4 月 ~ 平成 31 年 4 月

令和 元 年 8 月 ~ 令和 2 年 8 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
業務に従事した期間 (3 年 1 月間)

平成 28 年 4 月 ~ 平成 31 年 4 月

業務期間が連続しな
い場合は、分けて記
載してください。

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の業務に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）

令和〇〇年〇月〇日 〇〇研修 登録販売者の関係法規に関する研修（6時間）

令和〇〇年〇月〇日 □□研修 一般用医薬品の知識に関する研修（6時間）

(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 配置販売業にあっては、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

被業務（実務）経験証明者 に係る勤務状況報告書

薬局開設者又は医薬品の販売業者	上記の者の勤務先
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）	薬局、店舗の名称：
氏名（法人にあつては名称及び代表者の氏名）	業種： ☐ 薬局 ☐ 店舗 ☐ 配置販売業
	許可番号：
	連絡先電話番号：

年 月 ～ 年 月（過去5年間）の勤務状況

[illegible]

根拠としたもの：

※月の中日から翌月の前日までを1か月単位としてもよい。

※業務（実務）従事証明書1枚ごとに対応する期間の勤務状況報告書を添付すること。

被業務（実務）経験証明者 〇〇〇〇 に係る勤務状況報告書（記載例）

薬局開設者又は医薬品の販売業者	上記の者の勤務先
住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） 大阪府〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号	薬局、店舗の名称：〇〇 ドラッグ
氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名） 株式会社 〇〇 〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇	業種： ☐ 薬局 ☒ 店舗 ☐ 配置販売業
	許可番号：V 0 0 0 0 0
	連絡先電話番号：〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇

上記の者の一般用医薬品販売に係る業務（実務）経験について、下記のとおり報告します。なお、本証明に係る根拠については、求めがあれば提供いたします。

 年 月～ 年 月（過去5年間）の勤務状況

[illegible]

作成した際に根拠とした書類（労働基準法の規定により作成される賃金台帳、労働時間の記録に関する書類（出勤簿、タイムカード等）等、労働時間に関する記録が客観的に確認できるもの）を記載してください。

根拠としたもの: タイムカード

※月の中日から翌月の前日までを1か月単位としてもよい。

※業務(実務)従事証明書1枚ごとに対応する期間の勤務状況報告書を添付すること。

業務従事確認書

年 月 日

寝屋川市長 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）

氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）

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	(生年月日・ 年 月 日)
住所	
販売従事登録年月日 及び登録番号	登録年月日： 登録番号：
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	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 月間） 年 月 ～ 年 月

業務期間のうち、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
業務期間のうち、店舗管理者又は区域管理者として店舗又は区域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の業務に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）

(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 配置販売業にあっては、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。

令和〇〇年 〇月 〇日

寝屋川市長 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

大阪府〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名

株式会社 〇〇〇〇 代表取締役 〇〇

問い合わせに対応できる
よう付番してください。

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	△△ △△（生年月日・ 〇〇 年 〇 月 〇 日）
住所	大阪府〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
販売従事登録年月日 及び登録番号	登録年月日：〇〇年〇月〇日 登録番号：〇〇-〇〇-〇〇〇〇
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	〇〇 ドラッグ 許可番号：V〇〇〇〇〇
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	大阪府××市××町××丁目××番××号 (配置販売業の場合は、「大阪府一円」と記入してください。)

複数の薬局等における
業務経験を一度に証明
する場合、別紙にて必
要事項を記載してい
ただくこともできます。
この場合、当該欄には
「別紙のとおり」と記
載してください。

1. 業務期間（ 5 年 1 月間）

平成 27 年 1 月 ～ 平成 31 年 1 月

令和 元年 7 月 ～ 令和 2 年 6 月

業務期間が連続しない場合は、
分けて記載してください。業務期間のうち、要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売し、又は授けずる薬局等において業
務に従事した期間（ 4 年 1 月間）平成 27 年 1 月 ～ 平成 31 年 1 月
業務期間のうち、店舗管理者又は区域管理者として店舗又は区域において業務に従事した期間
（ 1 年 0 月間）令和 元年 7 月 ～ 令和 2 年 6 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の業務に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）

令和〇〇年〇月〇日 〇〇研修 登録販売者の関係法規に関する研修（6時間）

令和〇〇年〇月〇日 □□研修 一般用医薬品の知識に関する研修（6時間）

(注意)

- 用紙の大きさは、A4とする。
- 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- 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。
- 配置販売業にあっては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 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。
- 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。

業務従事確認書（記載時の留意点）

◎用紙の大きさは、A4としてください。

◎字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書いてください。

◎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してください。勤務簿の写し又はこれに準ずるものは、証明する全ての期間の勤務簿の写し若しくはこれに準ずるもの又は別紙「勤務状況報告書」とします。

①確認年月日

◆業務経験を確認した日を記載してください。

②医薬品の販売業者（申請者）

◆医薬品販売業の許可の申請や変更の届出を行う医薬品販売業者（申請者）の氏名及び住所を記載してください。個人の場合は、個人名を記載してください。法人の場合は、商号及び代表者の氏名を記載してください。

③氏名、住所

◆従事者の氏名、住所を記載してください。

◆「生年月日」欄は従事登録証の記載のとおりにしてください。

④薬局又は店舗の名称及び許可番号

◆従事者が「1. 業務期間」で記載した期間従事していた薬局等の許可証に記載されている名称及び許可番号を記載してください。

⑤業務期間

◆業務期間のみ記載してください。

⑥業務内容

◆該当する箇所にレを記入してください。

◆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」と読み替えてください。

⑦業務時間

◆該当する箇所にレを記入してください。

⑧研修の受講

◆受講した外部研修の年月日及び研修の概要を記載してください。

※本確認書は医薬品販売業の許可の申請や変更の届出を行う医薬品販売業者が作成してください。

被業務（実務）経験確認者 に係る勤務状況報告書

薬局開設者又は医薬品の販売業者（申請者）	上記の者の勤務先
住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）	薬局、店舗の名称：
氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）	業種： ☐ 薬局 ☐ 店舗 ☐ 配置販売業
	許可番号：
	連絡先電話番号：

上記の者の一般用医薬品販売に係る業務（実務）経験について、責任をもって確認しましたので下記のとおり報告します。

なお、本証明に係る根拠については、求めがあれば提供いたします。

年 月 ～ 年 月の勤務状況

[illegible]

※月の中日から翌月の前日までを1か月単位としてもよい。

※業務（実務）従事確認書1枚ごとに対応する期間の勤務状況報告書を添付すること。

に係る勤務状況報告書 (記載例)

上記の者の勤務先
薬局、店舗の名称：○○ ドラッグ
業種： ☐ 薬局 ☒ 店舗 ☐ 配置販売業
許可番号：V00000
連絡先電話番号：○○○－○○○－○○○○

上記の者の一般用医薬品販売に係る業務（実務）経験について、責任をもって確認しましたので下記のとおり報告します。
なお、本証明に係る根拠については、求めがあれば提供いたします。

○年○月～○年○月の勤務状況

[illegible]

※月の中日から翌月の前日までを1か月単位としてもよい。

※業務(実務)従事確認書1枚ごとに対応する期間の勤務状況報告書を添付すること。