

実務従事証明書

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	
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. 実務期間 (年 月間)

年 月 ～ 年 月 (年 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の直接の実務

☐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の実務に従事し、通算して合計()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)

(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。

実務従事証明書（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

◆実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。

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実務期間

◆過去5年間の実務期間のみ記載してください。

⑥実務内容

◆該当する箇所にレを記入してください。

⑦実務時間

◆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、従事者が「1. 実務期間」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。

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、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]

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。

実務従事確認書

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	
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. 実務期間 （ 年 月間）

年 月 ～ 年 月 （ 年 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の実務に従事し、通算して合計（ ）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）

（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。

実務従事確認書（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

◆実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

◆従事者の氏名及び住所を記載してください。

④薬局又は店舗の名称及び許可番号

◆従事者が「1. 実務期間」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実務期間

◆実務期間のみ記載してください。

⑥実務内容

◆該当する箇所にレを記入してください。

⑦実務時間

◆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（申請者）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

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：

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。