

実務従事証明書（記載例）

第〇号

令和〇〇 年 〇 月 〇 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）

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
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. 実務期間 (2 年 3 月間)

平成 29 年 10 月 ~ 平成 30 年 10 月 (1 年 1 月間)
令和 元年 5 月 ~ 令和 2 年 6 月 (1 年 2 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）

☒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実務期間が連続しな
い場合は、分けて記
載してください。

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）

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。

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
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

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：V 0 0 0 0 0
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]

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。

※実務(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（記載例）

第〇号

令和〇 年 〇 月 〇 日

寝屋川市長 殿

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
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実務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. 実務期間（2 年 3 月間）

平成 29 年 10 月 ～ 平成 30 年 10 月 （1 年 1 月間）令和 元年 6 月 ～ 令和 2 年 7 月 （1 年 2 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ものを記載してください。）

- ☒ 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

実務期間が連続しない場合は、分けて記載してください。

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）

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。

被業務（実務）経験確認者 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（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） 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、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。