

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。

（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：V00000
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するもの）

- 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 □□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。

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（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつ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つ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 配置販売業にあつては、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：V00000
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)

- 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) にあつては、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。

