|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業　務　従　事　証　明　書  　　年　　月　　日  （従事者の氏名）　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |  | | 薬局又は店舗の名称及び  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～　　　　　　年　　　月（　　　年　　　月間）  　　　　　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　～　　　　　　　年　　月（　　　年　　　月間）  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　　レを記入すること。）  □　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□にレを記入すること。）  □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（受講した外部研修の年月日及び概要を記載） |

（注意）

１　字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書いてください。

２　この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるもの（勤務状況報告書）を添付してください。

３　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。

年　　月　　日

**に係る勤務状況報告書**

業務に従事した薬局、

医薬品販売業の名称：

所在地：

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）

　上記の者の一般用医薬品（要指導医薬品）販売に係る業務について、下記のとおり報告します。なお、本証明に係る根拠資料については、一宮市より求めがあれば速やかに提供します。

**年　　　月　～　　　　　　年　　　月分の勤務状況**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一般用医薬品（要指導医薬品）販売に係る | | | 一般用医薬品販売（要指導医薬品）に係る | | |
| 従事期間（１か月単位で記載） | 従事日数 | 勤務時間 | 従事期間（１か月単位で記載） | 従事日数 | 勤務時間 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
|  | | | 以下、別紙のとおり | | |

**根拠書類：**

※１　根拠書類については、時間のみではなく業務内容もわかるものとしてください。

※２　業務従事証明書１枚ごとに対応する期間の勤務状況報告書を添付してください。

上記内容について事実と相違ありません。

　　　　　　　　　　　　　　　（被証明者）氏　名：

別　紙

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一般用医薬品（要指導医薬品）販売に係る | | | 一般用医薬品販売（要指導医薬品）に係る | | |
| 従事期間（１か月単位で記載） | 従事日数 | 勤務時間 | 従事期間（１か月単位で記載） | 従事日数 | 勤務時間 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |