

実務従事証明書

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	
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. 実務期間 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□にレを記入すること。)
 - 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□にレを記入すること。)
 - 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 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 (勤務状況報告書等) を添付してください。

年 月 日

に係る勤務状況報告書

実務に従事した薬局、
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）

上記の者の一般用医薬品販売に係る実務について、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

一般用医薬品販売に係る			一般用医薬品販売に係る		
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
			以下、別紙のとおり		

根拠書類：_____

※1 根拠書類については、時間のみではなく実務内容もわかるものとする。

※2 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。

上記内容について事実と相違ありません。

(被証明者) 氏 名：

