

実務従事証明書

年 月 日

(被証明者の氏名) 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)

(証明書管理番号:)

(証明に関する問合せ先電話番号:)

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□にレを記入すること。)

- 上記1の期間の全ての月にわたり、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、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 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。
- 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(別紙「勤務状況報告書」等)を添付すること。
- 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 店舗等が複数にわたる場合は、「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」については、別紙としても差し支えない。

業務従事証明書

年 月 日

(被証明者の氏名) 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)

(証明管理番号:)

(証明に関する問合せ先電話番号:)

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の期間の全ての月にわたり、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の実務に従事し、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 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。
- 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(別紙「勤務状況報告書」等)を添付すること。
- 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 店舗等が複数にわたる場合は、「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」については、別紙としても差し支えない。
- 6 業務の従事期間が2年以上である登録販売者(合計時間によりみなされる場合を含む。)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」と読み替える。

実務従事確認書

年 月 日

静岡県知事（静岡県〇〇保健所長） 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）

（証明書管理番号： ）

（証明に関する問合せ先電話番号： ）

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	
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□にレを記入すること。）

- 上記1の期間の全ての月にわたり、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、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 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。
- 3 この確認内容に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるもの（別紙「勤務状況報告書」等）を添付すること。
- 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 店舗等が複数にわたる場合は、「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」については、別紙としても差し支えない。

業務従事確認書

年 月 日

静岡県知事（静岡県〇〇保健所長） 殿

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）

（証明管理番号： ）

（証明に関する問合せ先電話番号： ）

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	
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)

業務期間のうち、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)

業務期間のうち、店舗管理者又は区域管理者として店舗又は区域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の期間の全ての月にわたり、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の実務に従事し、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 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。
- 3 この確認内容に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるもの（別紙「勤務状況報告書」等）を添付すること。
- 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 店舗等が複数にわたる場合は、「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」については、別紙としても差し支えない。
- 6 業務の従事期間が2年以上である登録販売者（合計時間によりみなされる場合を含む。）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」と読み替える。

勤務状況報告書

(被証明者の氏名)の実務(業務)従事証明書(確認書)(管理番号:)に関する実務(業務)については以下のとおりです。

1 従事先

薬局開設者又は店舗販売業者	
店舗等の名称	
店舗等の所在地	
店舗等の許可番号	

2 1の店舗等における 年 月 ~ 年 月分の勤務状況

勤務実績のある月数 () 月

勤務時間数の合計 () 時間

医薬品販売に係る実務(業務)			医薬品販売に係る実務(業務)		
実務(業務)を行った年月	従事日数	勤務時間	実務(業務)を行った年月	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

3 2に係る医薬品の区分

- 指定第2類医薬品 第2類医薬品 第3類医薬品
 要指導医薬品 第1類医薬品

4 根拠書類名称: _____

- ※1 根拠書類については、時間のみではなく実務(業務)内容もわかるものとする。こと。
 ※2 証明書(確認書)1枚ごとに対応する期間の勤務状況報告書を作成すること。
 ※3 取り扱う医薬品の区分が同一の期間ごとに作成すること。
 ※4 3の勤務状況については適宜行を追加すること。
 ※5 証明者は、本証明に係る根拠資料について、求めがあった場合に速やかに提供できるように保管しておくこと。