

業務従事証明書

年 月 日

宇都宮市保健所長 様

薬局開設者又は医薬品の
販売業者名
代表者氏名
管理者氏名

印
印

下記の者の業務は、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、店舗又は 配置販売業者の名称等	名称： 業種： 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	〒
業務期間	年 月～ 年 月 (年 月間)
業務内容	① 主に一般用医薬品の販売等の直接の業務 ② 一般用医薬品の販売時の情報提供業務 ③ 一般用医薬品に関する相談対応業務 ④ 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務 ⑤ 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務 ⑥ 一般用医薬品の陳列や広告に関する業務 ⑦ 薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で上記①から⑥の業務を行った
業務時間	上記「業務期間」の全ての月にわたり、上記「業務内容」に示された業務に、1か月に合計80時間以上従事した
業務期間における 外部研修の受講	受講年月日： その概要：

(注意)

- この証明に関する勤務簿の写しまたはこれに準ずるものを添付すること。
- 業務期間は、被証明者が過去5年において、1か月に80時間以上、業務内容欄に示された業務を行っていた期間を記入すること。
なお、従事期間が2年に満たない登録販売者は、1か月に80時間以上同一業者の同一店舗において、業務を行った場合に限り、その月を業務経験とすることができること。
- 従事期間が2年以上の登録販売者の業務を証明する場合、業務内容欄の⑦は適用しないこと。
- 実務期間中に許可が切り替わった場合は、許可ごとに分けて証明書を作成すること。