

(一般従事者用)

## 実務従事証明書

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

下記の者の実務は、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	
実務期間	年 月～ 年 月 ( 年 月間)
実務内容	① 主に一般用医薬品の販売等の直接の実務 ② 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 ③ 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 ④ 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 ⑤ 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務 ⑥ 一般用医薬品の陳列や広告に関する実務 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の実務を行った
実務時間	上記「実務期間」の全ての月にわたり、上記「実務内容」に示された実務に、1か月に合計 80 時間以上従事した

(注意)

- 1 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。
- 2 実務期間は、被証明者が過去 5 年において、1か月に 80 時間以上、実務内容欄に示された実務を行っていた期間を記入すること。  
なお、1か月に 80 時間以上同一業者の同一店舗において実務を行った場合に限り、その月を実務経験とすることができること。
- 3 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。