

実務従事証明書

年 月 日

(従事者の氏名) 殿

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)

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□にレ点を記入)

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 用紙の大きさは、A4とする。

2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。

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を添付する。

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 薬局又は店舗の名称、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、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。

に係る勤務状況報告書

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）

印

上記の者の業務従事証明書又は実務従事証明書に記入した勤務状況について、以下のとおり報告します。なお、本報告に係る根拠資料については、徳島県から求めがあれば速やかに提供いたします。

年 月 ～ 年 月分の勤務状況

薬局、店舗又は 配置販売業の名称			
薬局若しくは店舗の所在地 又は配置販売業の区域			
従事期間(1か月単位で記載)	勤務時間	従事期間(1か月単位で記載)	勤務時間
年 月	時間 分	年 月	時間 分
年 月	時間 分	年 月	時間 分
年 月	時間 分	年 月	時間 分
年 月	時間 分	年 月	時間 分
年 月	時間 分	年 月	時間 分
年 月	時間 分	年 月	時間 分
年 月	時間 分	年 月	時間 分
年 月	時間 分	年 月	時間 分
年 月	時間 分	年 月	時間 分
年 月	時間 分	年 月	時間 分
年 月	時間 分	年 月	時間 分
年 月	時間 分	年 月	時間 分
過去5年間の勤務時間の合計 _____ 時間（1か月の勤務時間が80時間に満たない場合に記載）			

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する。
- ※2 業務従事証明書又は実務従事証明書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。なお、期間が25か月以上となる場合は、別紙を添付すること。

.....
上記内容について事実と相違ありません。

（被証明者）氏 名：

印

