様式⑲

|  |  |
| --- | --- |
| 業務従事証明書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |  |
| 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　　　月間）　　　　年　　月　～　　　年　　月     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　　　月間）　　　　年　　月　～　　　年　　月    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）  □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□にレ点を記入）  □上記１の期間において、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の業務に１か月に合計160時間以上従事した。  □上記１の期間において、上記２の業務に従事し、合計（　　　　　）時間従事した。  ４．研修の受講（受講した外部研修（追加的な研修を含む。）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。

６　業務の従事期間が２年以上である登録販売者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。