

# 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<br>及び登録番号        |                        |
| 薬局又は店舗の名称及び<br>許可番号        |                        |
| 薬局若しくは店舗の所在<br>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)

様式⑱

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に記載する。
- 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 配置販売業にあつては、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。