

(登録販売者)

業務従事証明書

年 月 日

横須賀市長 あて

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

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) (販売従事登録番号： 販売従事登録年月日：)
住所	
薬局、店舗又は 配置販売業の名称	(電話番号 () -) (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. 登録販売者としての業務期間 年 月 ~ 年 月 (年 月間)

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 ~ 年 月 (年 月間)

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□にレ点を記入)

- 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□にレ点を記入すること。)

- 上記1の期間の全ての月にわたり、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事した。

4. 研修の受講状況 (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、日本工業規格 A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明りょうに書くこと。
- 3 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。
- 4 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。