

実務従事証明書（一般従事者用）

令和 年 月 日

(従事者の氏名) 様

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	
薬局若しくは店舗の名称等又は配置の区域等	業 態： ☐ 薬局， ☐ 店舗販売業， ☐ 配置販売業 許 可 番 号： 薬局又は店舗の名称： 薬局又は店舗の所在地： 配 置 の 区 域：
管理番号	

1. 実務期間 年 月間（ 年 月 ～ 年 月）

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）

- ①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
 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

3. 実務時間（該当する□にレ点を記入すること。）

☐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の実務に従事し、通算して合計（ ）時間従事した。

4. 上記1の期間における勤務状況

根拠書類： _____

従事期間 (1か月単位で記載)	従事 時間	従事期間 (1か月単位で記載)	従事 時間	従事期間 (1か月単位で記載)	従事 時間
年 月 日 ～ 日		年 月 日 ～ 日		年 月 日 ～ 日	
年 月 日 ～ 日		年 月 日 ～ 日		年 月 日 ～ 日	
年 月 日 ～ 日		年 月 日 ～ 日		年 月 日 ～ 日	
年 月 日 ～ 日		年 月 日 ～ 日		年 月 日 ～ 日	
年 月 日 ～ 日		年 月 日 ～ 日		年 月 日 ～ 日	
年 月 日 ～ 日		年 月 日 ～ 日		年 月 日 ～ 日	
年 月 日 ～ 日		年 月 日 ～ 日		年 月 日 ～ 日	

* 欄が不足する場合は、同内容を別紙に設けて記載すること。

(分単位は切り捨てること。)

5. 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、実施機関名及び研修時間

(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 実務期間は、過去5年間分のみ記載すること。
- 4 実務時間について、合計従事時間数を記載する場合、実務の従事期間が1年以上である登録販売者についての証明は、合計1920時間以上の従事時間が必要であること。
- 5 許可ごと（許可更新を除く。）に分けて作成すること。なお、記載する許可番号は、本証明書の作成日時点（廃止している場合は廃止日時点）の許可番号とすること。
- 6 根拠書類は、従事時間及び「2. 実務内容」に従事したことを客観的に確認できるものを指すこと。
- 7 管理番号は、保健所等から証明の内容等に係る問合せがあった場合に対応できるよう、付番する等の措置を講ずることが望ましいこと。
- 8 本証明書に記載している実務期間開始日から5年以上経過した場合、本証明は無効となること。