|  |
| --- |
| 業務従事証明書　　　　　　　　　　第　　　　　　　　号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 　　　　　　　　　　　　　　　登録番号： |
| 薬局又は店舗の名称及び許可番号 | 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. 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。

**業務従事証明書（記載時の留意点）**

◎用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４としてください。

◎字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書いてください。

◎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してください。勤務簿の写し又はこれに準ずるものは、証明する全ての期間の勤務簿の写し若しくはこれに準ずるもの又は別紙「勤務状況報告書」とします。

①証明年月日

　◆業務経験を証明する日を記載してください。

②薬局開設者又は医薬品の販売業者

　◆個人の場合は、個人名を記載してください。法人の場合は、商号及び代表者の氏名を記載してください。

③氏名、住所

◆従事者の氏名、住所を記載してください。

◆「生年月日」欄は従事登録証の記載のとおりにしてください。

④薬局又は店舗の名称及び許可番号

　◆許可証に記載されている薬局等の名称及び許可番号を記載してください。

⑤業務期間

　◆過去５年間の業務期間のみ記載してください。

⑥業務内容

　◆該当する箇所にレを記入してください。

◆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」と読み替えてください。

⑦業務時間

　◆該当する箇所にレを記入してください。

⑧研修の受講

　◆受講した外部研修（追加的な研修を含む。）の年月日及び研修の概要を記載してください。

**※本証明書は、登録販売者が「１．業務期間」で記載した期間従事していた薬局等の開設者が作成してください。**

|  |
| --- |
| 業務従事証明書（記載例）　　　　　　　　第　　〇〇〇〇　　号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○　年　○　月　○　日（従事者の氏名）　殿問い合わせに対応できるよう付番してください。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）　　　　○○市○○町○丁目○番○号氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）株式会社　　　○○　　○○代表取締役　　○○　　○○　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | ○○市○○町○丁目○番○号　　○○ビル１階 |
| 販売従事登録年月日及び登録番号 | ○○年○月○日　　　　　　登録番号：○○-○○-○○○○○ |
| 薬局又は店舗の名称及び許可番号 | 　○○　ドラッグ　　　　　許可番号：Ｖ０００００ |
| 薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域 | ××市××町××丁目××番××号(配置販売業の場合は、「大阪府一円」と記入してください。) |
| 1. 業務期間　（　４　年　　１　月間）

　　　令和　１　年　１　月　～　令和　２　年　１　月　　業務期間が連続しない場合は、分けて記載してください。　令和　２　年　７　月　～　令和　５　年　６　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　（　　３　年　　０　月間）　　　　令和　２　年　７　月　～　令和　５　年　６　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）　令和○○年○月○日　　○○研修　登録販売者の関係法規に関する研修（６時間）　　令和○○年○月○日　　□□研修　一般用医薬品の知識に関する研修（６時間） |

（注意）

ある開設者が複数の薬局等における従事経験を一度に証明をする場合、別紙にて必要事項を記載していただくこともできます。

この場合、当該欄には「別紙のとおり」と記載してください。

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。

|  |
| --- |
|  実務従事証明書 第　　　　　　　　号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 　　　　　　　　　　　　　　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．研修の受講（外部研修（追加的な研修を含む。）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。

**実務従事証明書（記載時の留意点）**

◎用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４としてください。

◎字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書いてください。

◎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してください。勤務簿の写し又はこれに準ずるものは、証明する全ての期間の勤務簿の写し若しくはこれに準ずるもの又は別紙「勤務状況報告書」とします。

①証明年月日

　◆実務経験を証明する日を記載してください。

②薬局開設者又は医薬品の販売業者

　◆個人の場合は、個人名を記載してください。法人の場合は、商号及び代表者の氏名を記載してください。

③氏名、住所

◆従事者の氏名、住所を記載してください。

④薬局又は店舗の名称及び許可番号

　◆許可証に記載されている薬局等の名称及び許可番号を記載してください。

⑤実務期間

　◆過去５年間の実務期間のみ記載してください。

⑥実務内容

　◆該当する箇所にレを記入してください。

⑦実務時間

　◆該当する箇所にレを記入してください。

⑧研修の受講

　◆受講した外部研修（追加的な研修を含む。）の年月日及び研修の概要を記載してください。

**※本証明書は、従事者が「１．実務期間」で記載した期間従事していた薬局等の開設者が作成してください。**

|  |
| --- |
| 実務従事証明書（記載例）　　　　　　　第　　〇〇〇〇　　号**代表者印**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○　年　○　月　○　日（従事者の氏名）　殿問い合わせに対応できるよう付番してください。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）　　　　○○市○○町○丁目○番○号氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）株式会社　○○代表取締役 ○○　　○○　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | ○○市○○町○丁目○番○号　　○○ビル１階ある開設者が複数の薬局等における従事経験を一度に証明をする場合、別紙にて必要事項を記載していただくこともできます。この場合、当該欄には「別紙のとおり」と記載してください。 |
| 薬局又は店舗の名称及び許可番号 | ○○　ドラッグ　　　　　　許可番号：Ｖ０００００　　　　 |
| 薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域 | ××市××町××丁目××番××号(配置販売業の場合は、「大阪府一円」と記入してください。) |
| １．実務期間　（　２　年　　３　月間）　　令和　２　年　10　月　～　令和　３　年　10　月　　（　１　年　　１　月間）　　令和　４　年　５　月　～　令和　５　年　６　月　　（　１　年　　２　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）実務期間が連続しない場合は、分けて記載してください。☑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．研修の受講（外部研修（追加的な研修を含む。）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）令和○○年○月○日　　○○研修　登録販売者の関係法規に関する研修（６時間）　　　　令和○○年○月○日　　□□研修　一般用医薬品の知識に関する研修（６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　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。

被業務（実務）経験証明者　　　　　　　　　　　　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** |  | **上記の者の勤務先** |
| 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） |  | 薬局、店舗の名称： |
| 氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 業種:　□薬局 　□店舗 　□配置販売業 |
|  | 許可番号： |
|  | 連絡先電話番号： |

上記の者の一般用医薬品販売に係る業務（実務）経験について、下記のとおり報告します。なお、本証明に係る

根拠については、求めがあれば提供いたします。

**年 　　 月 ～　　 年 　　 月（過去５年間）の勤務状況**

| 業務（実務）期間(１か月単位で記載) | 従事時間 | 業務（実務）期間(１か月単位で記載) | 従事時間 |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |

**根拠としたもの：**

※月の中日から翌月の前日までを１か月単位としてもよい。

※業務（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。

被業務（実務）経験証明者　　　○○○○　　に係る勤務状況報告書（記載例）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **薬局開設者又は医薬品の販売業者** |  | **上記の者の勤務先** |
| 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）○○市○○町○丁目○番○号 |  | 薬局、店舗の名称：○○　ドラッグ |
| 氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）□□　□□　　　 |  | 業種:　□薬局 　☑店舗 　□配置販売業 |
|  | 許可番号：Ｖ０００００ |
|  | 連絡先電話番号：06－6944－7129 |

上記の者の一般用医薬品販売に係る業務（実務）経験について、下記のとおり報告します。なお、本証明に係る

根拠については、求めがあれば提供いたします。

 **○ 年 ○ 月 ～ ○ 年 ○ 月（過去５年間）の勤務状況**

| 業務（実務）期間(１か月単位で記載) | 従事時間 | 業務（実務）期間(１か月単位で記載) | 従事時間 |
| --- | --- | --- | --- |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日作成した際に根拠とした書類（労働基準法の規定により作成される賃金台帳、労働時間の記録に関する書類（出勤簿、タイムカード等）等、労働時間に関する記録が客観的に確認できるもの）を記載してください。 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |

**根拠としたもの：**タイムカード

※月の中日から翌月の前日までを１か月単位としてもよい。

※実務(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。

|  |
| --- |
| 業務従事確認書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日豊中市長　殿医薬品の販売業者（申請者）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責任をもって確認しました。 |
| 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 | 　　　　　　　　　　　　　　　登録番号： |
| 薬局又は店舗の名称及び許可番号 | 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. 業務期間　（　　　年　　　月間）　　　　年　　月　～　　　年　　月

業務期間のうち、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　業務期間のうち、店舗管理者又は区域管理者として店舗又は区域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、通算して合計（　　　　　）時間従事した。４．研修の受講（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　この確認内容に関する勤務簿の写し、研修修了証の写し等を添付する。

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。

**業務従事確認書（記載時の留意点）**

◎用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４としてください。

◎字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書いてください。

◎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してください。勤務簿の写し又はこれに準ずるものは、証明する全ての期間の勤務簿の写し若しくはこれに準ずるもの又は別紙「勤務状況報告書」とします。

①証明年月日

　◆業務経験を証明する日を記載してください。

②薬局開設者又は医薬品の販売業者

　◆個人の場合は、個人名を記載してください。法人の場合は、商号及び代表者の氏名を記載してください。

③氏名、住所

◆従事者の氏名、住所を記載してください。

◆「生年月日」欄は従事登録証の記載のとおりにしてください。

④薬局又は店舗の名称及び許可番号

　◆許可証に記載されている薬局等の名称及び許可番号を記載してください。

⑤業務期間

　◆平成２１年６月１日以降の業務期間を記載してください。

⑥業務期間のうち、店舗管理者又は区域管理者として店舗又は区域において業務に従事した期間

　◆店舗管理者要件の従事期間が通算して１年以上であり、過去に店舗管理者又は区域管理者として業務に従事した経験のある者については、店舗管理者または区域管理者として店舗又は区域において業務に従事した期間を必ず記入してください。

⑦業務内容

　◆該当する箇所にレを記入してください。

◆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」と読み替えてください。

⑧業務時間

　◆該当する箇所にレを記入してください。

⑨研修の受講

　◆受講した外部研修（追加的な研修を含む。）の年月日及び研修の概要を全て記載してください。

※本証明書は、登録販売者が従事している薬局等の開設者が責任をもって確認、客観的な事実に基づいて判断し、作成してください。

|  |
| --- |
| 実務従事確認書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日豊中市長　　殿医薬品の販売業者（申請者）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責任をもって確認しました。 |
| 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 | 　　　　　　　　　　　　　　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．研修の受講（外部研修（追加的な研修を含む。）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　この確認内容に関する勤務簿の写し、研修修了証の写し等を添付する。

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。

**実務従事確認書（記載時の留意点）**

◎用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４としてください。

◎字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書いてください。

◎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してください。勤務簿の写し又はこれに準ずるものは、証明する全ての期間の勤務簿の写し若しくはこれに準ずるもの又は別紙「勤務状況報告書」とします。

①証明年月日

　◆実務経験を証明する日を記載してください。

②薬局開設者又は医薬品の販売業者

　◆個人の場合は、個人名を記載してください。法人の場合は、商号及び代表者の氏名を記載してください。

③氏名、住所

◆従事者の氏名、住所を記載してください。

④薬局又は店舗の名称及び許可番号

　◆許可証に記載されている薬局等の名称及び許可番号を記載してください。

⑤実務期間

　◆平成２１年６月１日以降の実務期間を記載してください。

⑥実務内容

　◆該当する箇所にレを記入してください。

⑦実務時間

　◆該当する箇所にレを記入してください。

⑧研修の受講

　◆受講した外部研修（追加的な研修を含む。）の年月日及び研修の概要を全て記載してください。

※本証明書は、登録販売者が従事している薬局等の開設者が責任をもって確認、客観的な事実に基づいて判断し、作成してください。

被業務（実務）経験確認者　　　　　　　　　　　　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（申請者）** |  | **上記の者の勤務先** |
| 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） |  | 薬局、店舗の名称： |
| 氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 業種:　□薬局 　□店舗 　□配置販売業 |
|  | 許可番号： |
|  | 連絡先電話番号： |

上記の者の一般用医薬品販売に係る業務（実務）経験について、責任をもって確認しましたので下記のとおり報告します。なお、本証明に係る根拠については、求めがあれば提供いたします。

**年 　　 月 ～　　 年 　　 月の勤務状況**

| 業務（実務）期間(１か月単位で記載) | 従事時間 | 業務（実務）期間(１か月単位で記載) | 従事時間 |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |
| 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 | 　　年 　月　　日 ～　 月　　日 | 　 　時間　　分 |

※月の中日から翌月の前日までを１か月単位としてもよい。

※業務（実務）従事確認書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。被業務（実務）経験確認者　　　　　　　　　　　　に係る勤務状況報告書（記載例）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **薬局開設者又は医薬品の販売業者（申請者）** |  | **上記の者の勤務先** |
| 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）○○市○○町○丁目○番○号 |  | 薬局、店舗の名称：○○　ドラッグ |
| 氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）□□　□□　　　 |  | 業種:　□薬局 　☑店舗 　□配置販売業 |
|  | 許可番号：Ｖ０００００ |
|  | 連絡先電話番号：06－6944－7129 |

上記の者の一般用医薬品販売に係る業務（実務）経験について、責任をもって確認しましたので下記のとおり報告します。なお、本証明に係る根拠については、求めがあれば提供いたします。

 **○ 年 ○ 月 ～ ○ 年 ○ 月の勤務状況**

| 業務（実務）期間(１か月単位で記載) | 従事時間 | 業務（実務）期間(１か月単位で記載) | 従事時間 |
| --- | --- | --- | --- |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |
| 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 | 令和〇年 〇〇月〇〇日 ～　〇〇月〇〇日 | 〇〇時間　　分 |

※月の中日から翌月の前日までを１か月単位としてもよい。

※実務(実務)従事確認書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。