

業務従事証明書（登録販売者用）

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（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては名称及び代表者の氏名）

（連絡先電話番号： ）

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	（業態： 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

（業務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□にチェック）

- 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（該当する場合は□にチェック）

- 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）