

## 実務従事確認書&lt;記載例&gt;

第 〇〇〇〇 号  
令和 〇〇年 〇月 〇日

(宛先) 高槻市長

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)

〇〇府〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番〇〇号 〇〇ビル

氏名 (法人にあっては名称及び代表者の氏名)

株式会社 〇〇〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇

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: 昭和〇〇年 〇月 〇日)
住所	〇〇市〇〇町〇番〇号
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	名称: 〇〇 薬店 許可番号: 薬第〇〇〇〇号
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 月間)

平成26年 4 月 ~ 平成28年 3 月 ( 2 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つては、受講した外部研修の年月日及び概要を記載)

平成〇〇年 〇月 〇日 〇〇研修 登録販売者の関係法規に関する研修 (6時間)

平成〇〇年 〇月 〇日 □□研修 一般用医薬品の知識に関する研修 (6時間)

(注意)

- 用紙の大きさは、A4とする。
- 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- 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。
- 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。
- 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。

<記載上の留意事項（実務従事確認書）>

①証明年月日、管理番号

- ・実務経験を証明する日を記載してください。
- ・発行する証明には問い合わせに対応できるように管理番号を付番してください。

②薬局開設者又は医薬品の販売業者住所、氏名

- ・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、生年月日を記載してください。

④薬局又は店舗の名称、許可番号及び所在地又は配置販売業の区域

- ・「名称、許可番号」欄は、許可証に記載されている薬局等の名称、許可番号を記載してください。
- ・「所在地」欄は、許可証に記載されている薬局等の所在地を記載してください。配置販売業の場合は、「大阪府一円」と記入してください。
- ・複数の薬局等における従事経験を一度に証明する場合、各店舗の勤務状況報告書【様式例13】を添付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

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。
- ・実務期間が連続しない場合は、分けて記載してください。

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

- ・必ず該当する箇所にレ、合計勤務時間数を記入してください。

⑧研修の受講

- ・証明する期間に受講した外部研修に準ずる研修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持って確認、客観的な事実に基づいて判断し、作成してください。**

**※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又は勤務状況報告書【様式例13】とします。**