業務従事証明書

年 　月　 日

奈良市保健所長　様

　　　　　　　　　　 薬局開設者又は医薬品の販売業者名

印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者氏名 　　　　　　　　　　　　 　印

　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。なお根拠書類については、奈良市より求めがあれば直ちに提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | （生年月日：　　　 年 　　月　　 日） |
| 住所 | 〒 |
| 薬局、店舗又は配置販売業の名称等 | （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 ～ 　　　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時間以上従事しました。

　　　 （根拠書類：　　　　　　　　　　　　　　　）

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）

（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、楷書で明瞭に書くこと。

３ 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」と読み替えること。