（別紙様式１）

業務従事証明書

【登録販売者に関する業務経験】

年 　月 　日

鳥取県○○事務所長 様

薬局開設者又は医薬品の

販売業者名

代表者氏名 　　　　　　　　　　　　　　　印

（許可番号： 　　　　　　　　　　）

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
| 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）

（注意）

１ 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

２ 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書く。

３ この証明に関する勤務状況報告書を添付する。

４ 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。

（別紙様式２）

実務従事証明書

【一般従事者に関する実務経験】

年 　月 　日

鳥取県○○事務所長 様

薬局開設者又は医薬品の

販売業者名

代表者氏名 　　　　　　　　　　　　　　　印

（許可番号： 　　　　　　　　　　）

管理者氏名 　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の者の実務は、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、店舗又は  配置販売業の名称 |  |
| 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 ～　　 　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の直接の実務

□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の期間の全ての月にわたり、上記２の実務に１か月に合計80時間以上従事した。

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）

（注意）

１ 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

２ 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書く。

３ この証明に関する勤務状況報告書を添付する。