

実務従事確認書

年 月 日

長野県知事
市長

殿

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	
薬局若しくは店舗の所在地 又は配置販売業の区域	

- 実務期間（ 年 月間）
年 月 ～ 年 月（ 年 月間）
- 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（業務の補佐を含む。）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
- 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、合計（ ）時間従事した。
- 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）

- 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。
- 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。