

実務従事証明書

年 月 日

石川県知事 殿

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□にレを記入すること。)

- 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□にレを記入すること。)

- 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とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明りょうに書くこと。
- 3 この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるもの(勤務状況報告書等)を添付すること。