(別紙様式５)

実務従事確認書

年　　月　　日

都道府県知事(保健所設置市長又は特別区長) 殿

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)
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	

１.実務期間（　　年　　月間）
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□にレ点を記入）
□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（外部研修の受講実績がある場合にあっては、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、A4 とする。
2　字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
3　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。
4　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。
5　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。