業務従事確認書

年　　月　　日

岡崎市保健所長　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	
販売従事登録年月日及び登録番号	
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．　業務期間　（　　年　　月間）　　年　　月　～　　年　　月

（業務期間のうち、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　　月間）　　年　　月　～　　年　　月
業務期間のうち、店舗管理者又は区域管理者として店舗又は区域において業務に従事した期間　（　　年　　月間）　　年　　月　～　　年　　月）

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の期間において、上記２の業務に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の業務に従事し、合計（　　）時間従事した。

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、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。
6　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。