

## 実務従事確認書

中央区保健所長 殿

届出日を記載します。

令和〇〇年△△月〇〇日

医薬品の販売業者（申請者）

法人の場合は登記された本社の所在地、  
名称及び代表者の氏名を記載します。

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

東京都中央区銀座〇丁目〇番〇号

氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）

〇〇株式会社

代表取締役 中央 太郎

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                             | 築地 二郎<br>(生年月日・昭和〇〇年〇〇月〇〇日)             |
| 住所                             | 東京都中央区銀座〇丁目〇番〇号                         |
| 薬局又は店舗の名称<br>及び許可番号            | 〇〇ドラッグストア<br>(業態：店舗販売業 許可番号：2×02△△△△△△) |
| 薬局若しくは店舗<br>の所在地又は配置<br>販売業の区域 | 東京都中央区築地〇丁目〇番〇号 中央〇〇ビル1階                |

1. 実務期間 ( 〇年 ×月間)

令和△△年 ××月 ～ 令和××年 〇〇月 ( 〇年 ×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

該当項目にチェックします。

全ての項目にチェックがつくことが望ましいです。

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、通算して合計（ 5000 ）時間従事した。4. 研修の受講（外部研修（追加的な研修を含む。）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）

令和〇年〇月 一般財団法人×〇 開催

実務期間内に受講した研修について記載します。

書ききれない場合は別紙でも構いません。

(注意)

- 用紙の大きさは、A4とする。
- 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- 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。
- 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。

## 業務従事確認書

中央区保健所長 殿

届出日を記載します。

令和〇〇年△△月〇〇日

医薬品の販売業者（申請者）

法人の場合は登記された本社の所在地、  
名称及び代表者の氏名を記載します。

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

東京都中央区銀座〇丁目〇番〇号

氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）

〇〇株式会社

代表取締役 中央 太郎

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                             | 築地 二郎<br>(生年月日・昭和〇〇年〇〇月〇〇日)             |
| 住所                             | 東京都中央区銀座〇丁目〇番〇号                         |
| 販売従事登録年月日<br>及び登録番号            | 販売従事登録年月日：令和〇〇年〇〇月〇〇日<br>登録番号：〇〇－〇〇     |
| 薬局又は店舗の名称<br>及び許可番号            | 〇〇ドラッグストア<br>(業態：店舗販売業 許可番号：2×02△△△△△△) |
| 薬局若しくは店舗<br>の所在地又は配置<br>販売業の区域 | 東京都中央区築地〇丁目〇番〇号 中央〇〇ビル1階                |

1. 業務期間（ 〇年 ×月間） 平成〇年 ×月 ～ 平成〇年 ×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  
（ 〇年 ×月間） 平成〇年 ×月 ～ 平成〇年 ×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

該当項目をチェックします。

全ての項目にチェックがつくことが望ましいです。

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（追加的な研修を含む。）の年月日及び概要を記載）

令和〇年〇月〇日 公益財団法人■■■開催

業務期間内に受講した研修について記載します。

書ききれない場合は、別紙でも構いません。

(注意)

- 用紙の大きさは、A4とする。
- 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- 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。
- 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。
- 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。