様式第9号（第8条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | 業務 | 従事証明書 | | 実務 |   　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　殿  薬局開設者又は医薬品の販売業者  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）  　　（記名押印又は署名）    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 |  |
| 販売従事登録年月日  及び登録番号 |  |
| 薬局、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 |  |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で | 業務 | に従事した期間等について | | 実務 |   □　次の期間において、全ての月について１か月に合計８０時間以上従事した。  □　次の期間において、合計　　　　　　　　時間従事した。  　　　　　　　年　　　　月　～　　　　年　　　　月（　　　年　　　月間）    注 １　用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。  ２　字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。  ３　登録販売者について証明する場合は様式中の「実務」の文字を二重線で消し、一般従事者について証明する場合は「業務」の文字を二重線で消すこと。  ４　一般従事者について証明する場合、販売従事登録年月日及び登録番号は空欄とすること。  ５　以下の業務又は実務に従事した期間を記載すること。  ・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  ・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  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、「薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で業務に従事した期間」を「業務期間」と読み替える。 | | | |