

業 務 従 事 証 明 書

【規則第 140 条第 2 項および第 149 条の 2 第 2 項に規定する店舗管理者または区域管理者】

年 月 日

品川区保健所長 殿

薬局開設者又は
医薬品販売業者の住所
〔法人にあっては、主たる
事務所の所在地〕
薬局開設者又は
医薬品販売業者の氏名
〔法人にあっては、名称
及び代表者氏名〕
(連絡先電話番号：)
管 理 者 氏 名

下記の者の業務は、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等	(業態： 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	

次に掲げるいずれかの業務に従事した期間（過去 5 年間のうち、通算して 3 年以上）

- 要指導医薬品又は第一類医薬品を販売又は授与する薬局で登録販売者として従事した期間
年 月 ～ 年 月 (年 月間)
- 要指導医薬品又は第一類医薬品を販売又は授与する薬剤師が店舗管理者の店舗販売業で登録販売者として従事した期間
年 月 ～ 年 月 (年 月間)
- 第一類医薬品を配置販売する薬剤師が区域管理者の配置販売業で登録販売者として従事した期間
年 月 ～ 年 月 (年 月間)
- 第一類医薬品を販売又は授与する店舗の店舗管理者又は第一類医薬品を配置販売する区域の区域管理者であった期間
年 月 ～ 年 月 (年 月間)
- 要指導医薬品又は第一類医薬品を販売又は授与する薬剤師が店舗管理者の旧薬種商の店舗で登録販売者として従事した期間
年 月 ～ 年 月 (年 月間)

様式㊦

様式㊦ 業務従事証明書【規則第 140 条第 2 項及び第 149 条の 2 第 2 項】注意書

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に記載する。
- 3 薬局開設者又は医薬品の販売業者の住所、氏名、連絡先電話番号及び管理者氏名
 - (1) 個人開設の場合は、個人の住所及び氏名を記載する。法人開設の場合は、登記された主たる事務所の所在地及び商号並びに代表取締役氏名を記載する。
 - (2) 連絡先電話番号は、日中つながる会社等の電話番号を記載する。
 - (3) 管理者氏名は、勤務先の薬局の管理者、店舗管理者又は区域管理者の氏名を記載する。
- 4 薬局、店舗又は配置販売業の名称等は、許可証のとおり記載する。ただし、配置販売業にあつては、記載を要しない。
- 5 薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域は、配置販売業にあつては「東京都一円」と記載する。
- 6 業務に従事した期間
 - (1) 1 か月に 8 0 時間以上、月単位で計算する。
 - (2) 要指導医薬品を販売又は授与する店舗の店舗管理者であつた登録販売者にあつては、項目 4 の「第一類医薬品」を「要指導医薬品若しくは第一類医薬品」と読み替える。