

実務従事確認書

年 月 日

名古屋市長 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	

- 実務期間（ 年 月間）
年 月 ～ 年 月（ 年 月間）
- 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
- 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（ ）時間従事した。
- 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）

(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及び研修修了証の写し等を添付する。
- 4 配置販売業にあつては、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 受講した外部研修の概要は次の①から⑧のうち該当する研修内容の番号を記載する。
 - ① 医薬品に共通する特性と基本的な知識
 - ② 人体の働きと医薬品
 - ③ 主な一般用医薬品とその作用
 - ④ 薬事に関する法規と制度
 - ⑤ 一般用医薬品の適正使用と安全対策
 - ⑥ リスク区分等の変更があった医薬品
 - ⑦ 店舗の管理に関する事項（店舗販売業の場合）
 - ⑧ その他登録販売者として求められる理念、倫理、関連法規等