実務従事証明書

年　　　月　　　日

広島県〇〇畜産事務所長　様

医薬品の販売業者名

代表者名

（許可番号：　　　　　　）

管理者氏名

次の者の業務は、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 | 〒 |
| 店舗、配置又は  卸売販売業の名称 |  |
| 店舗の所在地，  配置販売業の区域  又は営業所の所在地 |  |

１　実務期間：　　　 年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日まで（　　　　年　　月間）

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項目に☑）

□主に動物用医薬品の販売等の直接の実務

□動物用医薬品の販売時の情報提供実務又はその内容を知ることができる実務（卸売販売業を除く）

□動物用医薬品に関する相談対応実務又はその内容を知ることができる実務（卸売販売業を除く）

□動物用医薬品の販売制度の内容等の説明業務又はその内容を知ることができる実務

□動物用医薬品の管理や貯蔵に関する実務

□動物用医薬品の陳列や広告に関する実務

３　実務時間（該当する項目に☑）

□上記１の期間の全ての月にわたり、上記２の実務に１か月に合計80時間以上従事した。

（備考）

１　動物用医薬品販売業者ごとに証明を受けてください。

２　同一の動物用医薬品販売業者の下、複数店舗で勤務していた場合は、従事した店舗ごとに別紙に記載してください。

３　従事期間が連続していない場合は、従事期間ごとに別紙に記載してください。

４　この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずる勤務状況報告書を添付してください。

別紙（勤務した店舗数分記載が必要となりますので書ききれない場合は複数枚添付してください）

|  |  |
| --- | --- |
| 従事した販売業等に関する事項 | |
| 店舗、配置又は卸売販売業の名称 |  |
| 店舗の所在地，配置販売業の区域又は営業所の所在地 |  |
| 業務の種別 | □店舗販売業　　□配置販売業　　□卸売販売業 |
| 許可番号 |  |
| 管理者氏名 |  |
| 実務期間 | 年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日まで  （　　　　年　　月間） |
| 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項目に☑） | □主に動物用医薬品の販売等の直接の実務  □動物用医薬品の販売時の情報提供実務又はその内容を知ることができる実務（卸売販売業を除く）  □動物用医薬品に関する相談対応業務実務又はその内容を知ることができる実務（卸売販売業を除く）  □動物用医薬品の販売制度の内容等の説明業務又はその内容を知ることができる実務  □動物用医薬品の管理や貯蔵に関する実務  □動物用医薬品の陳列や広告に関する実務 |
| 実務時間（該当する項目に☑） | □実務期間の全ての月にわたり、業務内容の業務に１か月に合計80時間以上従事した |

|  |  |
| --- | --- |
| 従事した販売業等に関する事項 | |
| 店舗、配置又は卸売販売業の名称 |  |
| 店舗の所在地，配置販売業の区域又は営業所の所在地 |  |
| 業務の種別 | □店舗販売業　　□配置販売業　　□卸売販売業 |
| 許可番号 |  |
| 管理者氏名 |  |
| 実務期間 | 年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日まで  （　　　　年　　月間） |
| 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項目に☑） | □主に動物用医薬品の販売等の直接の実務  □動物用医薬品の販売時の情報提供実務又はその内容を知ることができる実務（卸売販売業を除く）  □動物用医薬品に関する相談対応業務実務又はその内容を知ることができる実務（卸売販売業を除く）  □動物用医薬品の販売制度の内容等の説明業務又はその内容を知ることができる実務  □動物用医薬品の管理や貯蔵に関する実務  □動物用医薬品の陳列や広告に関する実務 |
| 実務時間（該当する項目に☑） | □実務期間の全ての月にわたり、業務内容の業務に１か月に合計80時間以上従事した |

実務従事証明書

**記 入 例**

令和△△年△月△日

広島県〇〇畜産事務所長　様

医薬品の販売業者名　株式会社○○○○

代表者名　　　　　　代表取締役　広島　一郎

（許可番号：□□-000　　）

管理者氏名　　　　　広島　太郎

現在の管理者を記載してください。

次の者の業務は、以下のとおりであることを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 | 広島　花子　（生年月日：00年00月00日） |
| 住　　所 | 〒000-0000  　〇〇市□□町00-00-00 |
| 店舗、配置又は  卸売販売業の名称 | 株式会社○○○○　芸北薬店 |
| 店舗の所在地，  配置販売業の区域  又は営業所の所在地 | 広島市中区基町１０番５２号 |

１　実務期間：　平成25年４月１日　から　平成27年９月1日まで（２年５月間）

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項目に☑）

当該店舗において引き続き業務に従事している場合，終了日は申請又は届出日と同日にしてください。

☑主に動物用医薬品の販売等の直接の実務

☑動物用医薬品の販売時の情報提供実務又はその内容を知ることができる実務（卸売販売業を除く）

☑動物用医薬品に関する相談対応実務又はその内容を知ることができる実務（卸売販売業を除く）

☑動物用医薬品の販売制度の内容等の説明業務又はその内容を知ることができる実務

☑動物用医薬品の管理や貯蔵に関する実務

☑動物用医薬品の陳列や広告に関する実務

３　実務時間（該当する項目に☑）

☑上記１の期間の全ての月にわたり、上記２の実務に１か月に合計80時間以上従事した。

※既存配置販売業においては，

１　管理者部分は線で消してください。

２　許可番号の後に「既存配置販売業」と記載してください。

（備考）

１　動物用医薬品販売業者ごとに証明を受けてください。

２　同一の動物用医薬品販売業者の下、複数店舗で勤務していた場合は、従事した店舗ごとに別紙に記載してください。

３　従事期間が連続していない場合は、従事期間ごとに別紙に記載してください。

４　この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずる勤務状況報告書を添付してください。