業務従事証明書

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

２　業務内容（期間内に登録販売者として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業務

□動物用医薬品の販売時の情報提供業務（卸売販売業を除く）

□動物用医薬品に関する相談対応業務（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

□動物用医薬品の管理や貯蔵に関する業務

□動物用医薬品の陳列や広告に関する業務

３　業務期間（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）

|  |
| --- |
| 従事した薬局等に関する事項 |
| 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 |  |
| 業務期間 | 年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日まで（　　　　年　　月間） |
| 業務内容（期間内に登録販売者として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業務□動物用医薬品の販売時の情報提供業務（卸売販売業を除く）□動物用医薬品に関する相談対応業務（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□動物用医薬品の管理や貯蔵に関する業務□動物用医薬品の陳列や広告に関する業務 |
| 業務期間（該当する項目に☑） | □業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 |

|  |
| --- |
| 従事した薬局等に関する事項 |
| 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 |  |
| 業務期間 | 年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日まで（　　　　年　　月間） |
| 業務内容（期間内に登録販売者として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業務□動物用医薬品の販売時の情報提供業務（卸売販売業を除く）□動物用医薬品に関する相談対応業務（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□動物用医薬品の管理や貯蔵に関する業務□動物用医薬品の陳列や広告に関する業務 |
| 業務期間（該当する項目に☑） | □業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 |