

## 業 務 従 事 確 認 書

年 月 日

広島県知事 様  
 広島県 保健所長 様

医薬品の販売業者  
 住 所：  
(法人においては、主たる事務所の所在地)  
 氏 名：  
(法人においては、取締役代表者の氏名)  
 連絡先電話番号：

次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	〒			
販売従事登録	登録番号		登録年月日	
薬局、店舗又は 配置販売業の名称等	名 称			
	業 種	<small>(該当する□にレを記入すること。)</small> <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 店舗販売業 <input type="checkbox"/> 配置販売業 (新法) <input type="checkbox"/> 旧薬種商		
	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				

- 1 業務期間 年 月 ~ 年 月 ( 年 月間)
- 業務期間のうち、要指導医薬品若しくは第一類医薬品を販売し、又は授与する薬局等において業務に従事した期間 年 月 ~ 年 月 ( 年 月間)

業務期間のうち、店舗販売業者又は区域管理者として店舗又は区域において業務に従事した期間 年 月 ~ 年 月 ( 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・指導の下に行われた業務に該当する□にレを記入)

- 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業務
- 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

3 業務時間 (該当する□にレを記入)

- 上記1の期間において、上記2の業務に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の業務に従事し、合計 ( ) 時間従事した。

4 研修の受講 (受講した外部研修の年月日及び概要を記載)

## (記載時の注意事項)

項目	注意事項
全般	□用紙の大きさは、A4 としてください。
	□字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に記載してください。
確認年月日	□従事者の業務経験を確認する日を記載してください。
医薬品の販売 業者住所、氏 名、連絡先電 話番号	□従事者の業務経験を確認する医薬品販売業者の住所、氏名を記載してください。
	□確認する医薬品販売業者が法人の場合、氏名には法人名称及び代表者の氏名を、住所には主たる事務所の所在地を記載してください。
	□連絡先電話番号には、確認担当部署の直通番号を記載してください。
薬局、店舗又 は配置販売業 の名称等	□「名称」は、従事者が業務に従事した薬局又は医薬品販売業の店舗の名称を記載してください（許可証に記載されている名称）。配置販売業にあつては、名称の記載は不要です
	□「業種」は該当する□にレを記載してください。
	□「許可番号」は、従事者が業務に従事した薬局又は医薬品販売業の店舗の許可番号を記載してください。また、配置販売業にあつては配置販売業者の許可番号を記載してください。
	※業務に従事した薬局又は医薬品販売業の店舗が、県外にある場合は、その施設の許可証の写し又は許可のあったことの証明書（勤務している店舗所在地の都道府県薬務担当部署に確認してください。）を添付してください。
薬局若しくは 店舗の所在地 又は配置販売 業の区域	□従事者が本確認に係る業務に従事した薬局又は医薬品販売業の店舗の所在地を記載してください。また、配置販売業にあつては配置販売業の区域（広島県一円 等）を記載してください。
業務内容	□業務期間内に行われた業務に該当する□にレを記載して下さい。
研修の受講	□受講した外部研修の年月日及び研修の概要（研修名、研修の内容）を記載してください。
その他	□同一の薬局又は医薬品販売業者において、複数の店舗で従事していた場合は、従事した店舗ごとに本確認書を提出してください。
	□本確認書に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものとして、「勤務状況報告書」（別紙様式 11）を提出してください。
	□本確認書に関する研修修了証の写しを提出してください。