

実 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、各級代表者の氏名)

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	〒	
薬 局、店 舗 又 は 配置販売業の名称等	名 称	
	業 種	(該当する□にレを記入すること。) ☐ 薬局 ☐ 店舗販売業 ☐ 配置販売業 (新法) ☐ 既存配置販売業 ☐ 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 実務期間 年 月 ～ 年 月 (年 月間)

2 実務内容 (期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下に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の直接の実務
☐ 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

3 実務時間 (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の実務に従事し、通算して合計 () 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	☐ 従事者の実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	☐ 従事者の実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）。また、配置販売業にあっては、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、従事者が実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、配置販売業にあっては配置販売業者の許可番号を記載してください。
	※実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	☐ 従事者が本確認書に係る実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、配置販売業にあっ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。
実務内容	☐ 業務期間内に行われた実務に該当する□にレを記載して下さい。 ※薬事法の一部を改正する法律附則第 10 条に規定する既存配置販売業における実務（平成 21 年 6 月 1 日以降の実務に限る。）については、2 実務内容の「薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下に」を二重線で消してください。 ※管理者としての資格要件である実務経験においては、これらすべての実務を経験している必要があります。1 項目でも行われていない場合、管理者としての資格は満たしませんので、注意してください。
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。