

様式

実績の場合は二重線で「見込」を消す

記載例
(配置販売業者が個人の場合)

実務経験(見込)証明書

配置販売業者の印

見込証明の場合、受験前日までに実績証明を再提出必要 平成21年10月30日

愛知県知事 殿

実務に従事した
販売業者が証明

薬局開設者又は医薬品の
販売業者名 愛知 花子
代表者氏名
(許可番号：医安第〇〇〇〇号)
管理者氏名

愛知
印
印

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏名	愛知 太郎 (生年月日・昭和〇〇年〇〇月〇〇日)
住所	〒460-8501 名古屋市中区三の丸3-1-2
薬局、店舗又は 配置販売業の名称	愛知 花子
薬局若しくは店舗の所在 地又は配置販売業の区域	愛知県一円

1. 業務期間 平成19年1月1日 ~ 平成21年9月30日 (2年 9月間)

2. 業務内容 (業務期間内に行われた業務に該当する□にレを記入すること。)

- ① 主に一般用医薬品の販売等の直接の業務を行っていた。
- ② 一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する業務又はその内務を行っていた。
- ③ 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業務とができる業務を行っていた。
- ④ 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た。
- ⑤ 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務を行っていた。
- ⑥ 一般用医薬品の陳列や広告に関する業務を行っていた。
- ⑦ 薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下に業務を行っていた (平成21年6月1日以降に新たに許可を取得した施設に限る)。

配置販売業者の許可番号の
許可期間内での配置従事者
身分証明書の発行期間を記
入 (期間が明らかに要件を満
たしている場合は、「月」ま
での記載でもよい)

①から⑥はすべてチェックされて
いること (⑦は必要時)

様式

実績の場合は二重線で「見込」を消す

記載例
(配置販売業者が法人の場合)

実務経験(見込)証明書

配置販売業者の代表者印

見込証明の場合、受験前日までに実績証明を再提出必要

平成21年10月30日

愛知県知事 殿

実務に従事した
販売業者が証明

薬局開設者又は医薬品の

販売業者名 モリコロ薬品株式会社

代表者氏名 代表取締役 愛知 花子

(許可番号：医安第〇〇〇〇号)

管理者氏名



印

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏名	愛知 太郎 (生年月日・昭和〇〇年〇〇月〇〇日)
住所	〒460-8501 名古屋市中区三の丸3-1-2
薬局、店舗又は 配置販売業の名称	モリコロ薬品株式会社
薬局若しくは店舗の所在 地又は配置販売業の区域	愛知県一円

1. 業務期間 平成19年1月1日 ~ 平成21年 9月30日 (2年 9月間)

2. 業務内容 (業務期間内に行われた業務に該当する□にレを記入すること)

- ① 主に一般用医薬品の販売等の直接の業務を行っていた。
- ② 一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する業務又はその内容業務を行っていた。
- ③ 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業務とができる業務を行っていた。
- ④ 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た。
- ⑤ 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務を行っていた。
- ⑥ 一般用医薬品の陳列や広告に関する業務を行っていた。
- ⑦ 薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下に業務を行っていた (平成21年6月1日以降に新たに許可を取得した施設に限る)。

配置販売業者の許可番号の
許可期間内での配置従事者
身分証明書の発行期間を記入
(期間が明らかに要件を満た
している場合は、「月」までの
記載でもよい)

①から⑥はすべてチェックされて
いること (⑦は必要時)