

実務経験(見込)証明書

年 月 日

愛知県知事 殿

薬局開設者又は医薬品の

販売業者名

代表者氏名

印

(許可番号：)

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	(生年月日・ 年 月 日)
住 所	〒
薬局、店舗又は 配置販売業の名称	
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 日 ~ 年 月 日 (年 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を知ることができる業務を行っていた。
- 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又はその内容を知るこ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る業務を行っていた。
- 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)。

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とすること。
- 2 字は、インク等を用い、楷書で明りょうに書くこと。
- 3 当該証明を行う者は、薬局、店舗販売業、一般販売業(卸売一般販売業を除く。)、薬種商販売業又は配置販売業の許可を受けているものであること。
- 4 業務期間は、実務経験被証明者が1カ月に80時間以上、上記2.の業務内容に示された業務を行っていた連続した期間を記入すること。
- 5 上記の全業務期間が平成21年6月1日より前の場合は、管理者の証明は不要であること。また、平成21年6月1日以降であっても、既存一般販売業、既存薬種商販売業(いわゆる旧薬種商を含む。)、既存配置販売業の実務に従事した者の証明の場合についても管理者の証明は不要であること。
- 6 見込証明でない場合は、標題の(見込)を二重線で消すこと。