別紙様式4

(実務・業務)従事証明書

　　年　　月　　日

宮城県知事　　　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医薬品販売業者名

代表者氏名　　　　　　　　　　

(許可番号：　　　　　　　　　　　)

管理者氏名　　　　　　　　　　

下記の者の(実務・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，配置または  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．(実務・業務)期間：　　年　　　月　～　　　年　　　月　（　　　年　　　月間）

２．(実務・業務)内容（期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた(実務・業務)に該当

する□にレを記入）

　□ 主に動物用医薬品又は人用医薬品の販売等の直接の(実務・業務)

　　□ 動物用医薬品又は人用医薬品の販売時の情報提供(実務・業務)(卸売販売業を除く。)

　　□ 動物用医薬品又は人用医薬品に関する相談対応(実務・業務)(卸売販売業を除く。)

　　□ 動物用医薬品又は人用医薬品の販売制度の内容等の説明(実務・業務)

　　□ 動物用医薬品又は人用医薬品の管理や貯蔵に関する(実務・業務)

　　□ 動物用医薬品又は人用医薬品の陳列や広告に関する(実務・業務)

　３．(実務・業務)時間（該当する場合，□にレ点を記入）

　　□ 上記１の期間の全ての月にわたり，上記２の(実務・業務)に１か月に合計８０時間以上従事した。

（備考）

　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，楷書で明瞭に書くこと。

３　(実務・業務)は該当するどちらかを丸で囲むこと。実務は一般従事者を，業務は登録販売者を対象とする。