実務従事証明書

年　　月　　日

奈良県知事　殿

医薬品の販売業者名

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、配置又は  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・指導下で行われた実務に該当する□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

□動物用医薬品又は人用医薬品の販売時の情報提供実務（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（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実務

□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

□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

３．実務時間（該当する場合、□にレを記入）

□上記１の期間の全ての月にわたり、上記２の実務に１か月に合計80時間以上従事した。