|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務従事証明書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　埼玉県知事　あて  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、卸売販売業の名称 |  | | 店舗、卸売販売業の所在地 |  |   １．業務期間：　　　　年　　　月　　～　　　　　　年　　　月　　（　　　年　　　月間）    ２．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業務に該当する□にレを記入）   * 主に動物用又は人用医薬品の販売等の直接の業務 * 動物用医薬品又は人用医薬品の販売時の情報提供業務（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業務 * 動物用又は人用医薬品の管理や貯蔵に関する業務 * 動物用又は人用医薬品の陳列や広告に関する業務   　３．業務時間（該当する□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　この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付すること。 |