年　　　月　　　日

薬局開設者又は医薬品の販売業者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所 | ( | 法人にあっては、主たる事務所の所在地 | ) |  |
| 氏名 | ( | 法人にあっては、名称及び代表者の氏名 | ) |  |

　　　　　　　　　　　　（記名押印又は署名）

別紙のとおり（業務・実務）従事証明を行った以下の者の勤務状況について、下記のとおり証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　　　 名 | （生年月日　　　年　　月　　日） |
| 住　　　　　　 所 |  |
| 販売従事登録年月日及び登録番号 |  |

記

|  |  |
| --- | --- |
| 従事した薬局、店舗の名称及び許可番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **従事した年** | **(例)2021**年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 |
| **月** | **従事時間** | **従事時間** | **従事時間** | **従事時間** | **従事時間** | **従事時間** |
| **１月** | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 |
| **２月** | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 |
| **３月** | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 |
| **４月** | **77.50**　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 |
| **５月** | **162.75** 時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 |
| **６月** | **147.25** 時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 |
| **７月** | **155**  時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 |
| **８月** | **162.75** 時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 |
| **９月** | **147.25** 時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 |
| **10月** | **147.25** 時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 |
| **11月** | **162.75** 時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 |
| **12月** | **162.75** 時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 | 　時間 |

※　従事証明書により証明している従事した期間の勤務状況について、従事した年欄に従事した年を１年ずつ記載するとともに、当該年内において従事した月ごとの従事時間を記載すること。

※　従事時間が０時間の月については、空欄とすること。

※　１時間未満の従事時間は、時間に換算して記載すること。

注意　この証明書は、「業務従事証明書（様式第8号）」又は「業務・実務従事証明書（様式第9号）」を補足するものであり、この証明書のみで適切な資格者の管理・指導の下で所定の業務等に従事したことを証明するものではない。