

# 証 書

私どもは下記事項を条件として使用  
関係にあることを証します。

年 月 日

使 用 者 住 所

〔法人にあつては、主たる  
事務所の所在地〕

.....

氏 名  
〔法人にあつては、名称  
及び代表者の氏名〕

.....

被 使 用 者 住 所

.....

氏 名

.....

## 記

1 業 務 管理者（薬剤師・登録販売者）

勤務薬剤師（常勤、非常勤、派遣）

勤務登録販売者（常勤、非常勤、派遣）

高度管理医療機器等販売業・貸与業管理者

2 勤 務 時 間 午前 時 分から午後 時 分まで

3 勤 務 日 週 日（ 曜日から 曜日まで）

4 週当たり勤務時間数 週 時間

5 登録販売者の従事期間等（該当するものをチェック）

- 過去5年間のうち、通算して2年（1,920時間）以上の従事期間を有する者
- 通算して2年（1,920時間）以上の従事期間を有し、かつ、店舗管理者又は区域管理者の業務経験がある者
- 通算して5年（4,800時間）以上の従事期間を有し、かつ、外部研修を通算して5年以上受講した者
- 上記以外の者（研修中）

### 備 考

- 1 勤務日は、1週間に勤務する日数及び曜日を記載すること。
- 2 過去5年間の従事経験については、他店舗での従事経験期間を含む。
- 3 外部研修：薬局並びに店舗販売業及び配置販売業の業務を行う体制を定める省令（昭和三十九年厚生省令第三号）第一条第一項第十五号、第二条第一項第九号又は第三条第一項第五号に規定する研修