**業　務　従　事　証　明　書**

年　　　月　　　日

鳥取県知事　○○　○○　様

医薬品の販売業者名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

（許可番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

管理者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

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、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．業務期間：　　　　年　　　　月　　～　　　　年　　　　月（　　　　年　　　　月間）

２．業務内容（期間内に登録販売者として行われた業務に該当する□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

　□　動物用医薬品又は人用医薬品の管理や貯蔵に関する業務

　□　動物用医薬品又は人用医薬品の陳列や広告に関する業務

３．業務時間（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の業務に１か月に合計８０時間以上従事した。

（備　考）

この証明に関する勤務簿の写し等を添付すること。