

店舗販売業許可申請書

| | | |
|---|--|-------|
| 店 舗 の 名 称 | | |
| 店 舗 の 所 在 地 | | 〒 |
| 店 舗 の 構 造 設 備 の 概 要 | | |
| 医 薬 品 の 販 売 又 は 授 与 を 行 う 体 制 の 概 要 | | |
| (法人にあつては)薬事に関する 業務に責任を有する役員の氏名 | | |
| 通 常 の 営 業 日 及 び 営 業 時 間 | | |
| 相 談 時 及 び 緊 急 時 の 連 絡 先 | | |
| 特 定 販 売 の 実 施 の 有 無 | | 有 ・ 無 |
| 申に責任を有する役員を含む。 (法人にあつては、薬事に関する欠格条項を 査す) | (1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消され、取消しの日から3年 を経過していない者 | |
| | (2) 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消され、取消しの日から 3年を経過していない者 | |
| | (3) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることが なくなつた後、3年を経過していない者 | |
| | (4) 法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法その他薬事に関する 法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反し、その違反行為 があつた日から2年を経過していない者 | |
| | (5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者 | |
| | (6) 精神の機能の障害により店舗販売業者の業務を適正に行うに当たつて 必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者 | |
| | (7) 店舗販売業者の業務を適切に行うことができる知識及び経験を有すると 認められない者 | |
| 備 考 | 担当者氏名： 電話： | |

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

年 月 日

〒

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)

新潟市保健所長 殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 店舗の構造設備の概要欄にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 4 医薬品の販売又は授与を行う体制の概要欄にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 5 相談時及び緊急時の連絡先欄には、原則として電話番号を記載し、必要に応じてメールアドレス等も記載すること。
- 6 申請者の欠格条項の（１）欄から（７）欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、あるときは、（１）欄及び（２）欄にあつてはその理由及び年月日を、（３）欄にあつてはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた場合はその年月日を、（４）欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を記載すること。また、（６）欄に該当するおそれがある者については、同欄に「別紙のとおり」と記載し、当該申請者に係る精神の機能の障害に関する医師の診断書を添付すること。

【参考様式2】 薬剤師又は登録販売者の一覧表

薬局（店舗）名称：_____

1 管理者 * 該当する□にチェック☑してください。変更の有無欄は、変更があった者に☑してください。

| | □申請時・□変更前 | 変更後 | 変更の有無 |
|------------------|---|---|-------|
| 氏 名 | | | ☐ |
| 住 所 | | | |
| 週当たり勤務時間数 | 時間 | 時間 | |
| 資 格 者 種 別 | <input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者 | <input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者 | |
| 薬剤師名簿（販売従事）登録番号 | 第 号 | 第 号 | |
| 薬剤師名簿（販売従事）登録年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | |

2 その他の薬剤師又は登録販売者

| | | □申請時・□変更前 | 変更後 | 変更の有無 |
|---|------------------|---|---|-------|
| 1 | 氏 名 | | | ☐ |
| | 住 所 | | | |
| | 週当たり勤務時間数 | 時間 | 時間 | |
| | 資 格 者 種 別 | <input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者 | <input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者 | |
| | 薬剤師名簿（販売従事）登録番号 | 第 号 | 第 号 | |
| | 薬剤師名簿（販売従事）登録年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 2 | 氏 名 | | | ☐ |
| | 住 所 | | | |
| | 週当たり勤務時間数 | 時間 | 時間 | |
| | 資 格 者 種 別 | <input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者 | <input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者 | |
| | 薬剤師名簿（販売従事）登録番号 | 第 号 | 第 号 | |
| | 薬剤師名簿（販売従事）登録年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 3 | 氏 名 | | | ☐ |
| | 住 所 | | | |
| | 週当たり勤務時間数 | 時間 | 時間 | |
| | 資 格 者 種 別 | <input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者 | <input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者 | |
| | 薬剤師名簿（販売従事）登録番号 | 第 号 | 第 号 | |
| | 薬剤師名簿（販売従事）登録年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | |

その他の薬剤師又は登録販売者

| | | □申請時・□変更前 | 変更後 | 変更の有無 |
|---|------------------|---|---|-------|
| 4 | 氏 名 | | | □ |
| | 住 所 | | | |
| | 週当たり勤務時間数 | 時間 | 時間 | |
| | 資 格 者 種 別 | <input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者 | <input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者 | |
| | 薬剤師名簿（販売従事）登録番号 | 第 号 | 第 号 | |
| | 薬剤師名簿（販売従事）登録年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 5 | 氏 名 | | | □ |
| | 住 所 | | | |
| | 週当たり勤務時間数 | 時間 | 時間 | |
| | 資 格 者 種 別 | <input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者 | <input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者 | |
| | 薬剤師名簿（販売従事）登録番号 | 第 号 | 第 号 | |
| | 薬剤師名簿（販売従事）登録年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 6 | 氏 名 | | | □ |
| | 住 所 | | | |
| | 週当たり勤務時間数 | 時間 | 時間 | |
| | 資 格 者 種 別 | <input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者 | <input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者 | |
| | 薬剤師名簿（販売従事）登録番号 | 第 号 | 第 号 | |
| | 薬剤師名簿（販売従事）登録年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 7 | 氏 名 | | | □ |
| | 住 所 | | | |
| | 週当たり勤務時間数 | 時間 | 時間 | |
| | 資 格 者 種 別 | <input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者 | <input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者 | |
| | 薬剤師名簿（販売従事）登録番号 | 第 号 | 第 号 | |
| | 薬剤師名簿（販売従事）登録年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | |

< 参考様式 >

雇 用 （ 勤 務 ） 証 明 書

| | | |
|------------------------------------|-----|--|
| 被用者（勤務者）氏名 | | |
| 就 業 場 所 | 名 称 | |
| | 所在地 | 新潟市 |
| 従事する業務の内容 (該当する□に✓をすること) | | <input type="checkbox"/> 管 理 者（専任） <input type="checkbox"/> その他の薬剤師 <input type="checkbox"/> その他の登録販売者 |
| 勤務日及び勤務時間 | | |
| 薬 局 又 は 店 舗 の 営 業 日 及 び 営 業 時 間 | | |
| そ の 他 | | |

上記のとおり雇用関係にある（勤務している）ことを証明します。

年 月 日

雇用者 住 所

氏 名

被用者 住 所

氏 名

（記載上の注意）

- 1 被用者（勤務者）氏名欄に記載された者が、当該薬局若しくは店舗の許可の申請者又は申請者たる法人の役員である場合は、当該薬局又は店舗における勤務の状況として記載すること。それ以外は使用関係を証する書類として記載すること。
- 2 雇用者が法人の場合にあっては、主たる事業所の所在地、名称及び代表者の氏名を記載すること。
- 3 被用者（勤務者）が複数の薬局又は店舗で業務に従事する場合は、「その他」欄に記載すること。
- 4 記載事項の全てを記載できない場合は、当該欄に「別紙のとおり」と記載し別紙を添付すること。

【参考様式1】業務を行う体制の概要

薬局又は店舗の名称:

[illegible]

【参考様式3-2(店舗販売業)】許可申請書に添付する書類

店舗名:

1. 取り扱う医薬品の区分(特定販売を除く) *該当する□にチェック☑をしてください。

☐

要指導医薬品

☐

第一類医薬品

☐

指定第二类医薬品

☐

第二类医薬品(指定第二类医薬品を除く)

☐

第三類医薬品

2. 兼営事業の種類

【参考様式4-2(店舗販売業)】特定販売を行おうとする場合に添付する書類

店舗名: _____

1. 特定販売を行う際に使用する通信手段 *該当する□にチェック☑をしてください。

☐ インターネット ☐ 電話 ☐ カタログ(郵便) ☐ その他
(_____)

2. 特定販売を行う医薬品の区分 *該当する□にチェック☑をしてください。

☐ 第一類医薬品
☐ 指定第二類医薬品
☐ 第二類医薬品(指定第二類医薬品を除く)
☐ 第三類医薬品

3. 特定販売を行う時間及び営業時間について

*該当する□にチェック☑をしてください。

*イに該当する場合は、以降のa及びbについても記載してください。

☐ ア. 特定販売のみを行う時間はない(営業時間=開店時間)
☐ イ. 特定販売のみを行う時間がある
a. 特定販売のみを行う時間(欄に書ききれない場合は「別紙のとおり」とし、別紙を添付してください)
(_____)
b. 適切な監督を行うために必要な設備の概要
☐ デジタルカメラ+電子メール+固定電話の設備がある
(電話番号: _____)
* 上記設備は、新潟市薬局開設許可等の審査基準となっている設備です。

4. 特定販売の広告に表示する店舗の名称

*ア、イのいずれか該当する□にチェック☑をしてください。イに該当する場合は、その名称を記載してください。

☐ ア. 許可証と同じ名称を使用する
☐ イ. 許可証と異なる名称を使用する

特定販売の広告に表示する名称: _____

5. 特定販売を行うことについてインターネットを利用して広告をするときの概要

(1) 主たるホームページアドレス

* 閲覧にパスワードが必要な場合は、そのパスワードを記載してください。

パスワード: _____

(2) 主たるホームページの構成の概要

別添のとおり

*主たるホームページの構成の概要については、トップページ及び医薬品販売のページのイメージ等の書類を添付してください。

実務従事証明書（一般従事者用）

年 月 日

（従事者の氏名） 殿

薬局開設者又は医薬品
販売業者の住所
（法人にあつては、主
たる事務所の所在地）

薬局開設者又は医薬品
販売業者の氏名
（法人にあつては、名
称及び代表者氏名）
連絡先電話番号

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 | 〒 |
| 薬局又は店舗の名称及び許可番号 | 業態： 許可番号： |
| 薬局若しくは店舗の所在地 又は配置販売業の区域 | |

1 実務期間 （ 年 月間）
年 月 ～ 年 月

2 実務内容

（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実務に該当する□にチェック）

- ☐ 主に一般用医薬品の販売等を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- ☐ 一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- ☐ 一般用医薬品に関する相談があった場合の対応を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- ☐ 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明の方法を知ることができる実務
- ☐ 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務
- ☐ 一般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□にチェック）

- ☐ 上記1の期間において、上記2の実務に1か月に合計80時間以上従事した。
- ☐ 上記1の期間において、上記2の実務に1か月に合計160時間以上従事した。
- ☐ 上記1の期間において、上記2の実務に従事し、通算して合計（ ）時間従事した。

4 研修の受講

（外部研修（追加的な研修を含む。）の受講実績がある場合にあっては、受講した外部研修の年月日及び概要を記載）

(記載上の注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきり書くこと。
- 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。
- 4 薬局開設者又は医薬品販売業者の住所、氏名及び連絡先電話番号
 - (1) 個人開設の場合は、個人の住所及び氏名を記載する。法人開設の場合は、登記された主たる事務所の所在地及び商号並びに代表取締役氏名を記載する。
 - (2) 連絡先電話番号は、日中つながる会社等の電話番号を記載する。
- 5 薬局又は店舗の名称は、許可証のとおり記載する。ただし、配置販売業にあっては、記載を要しない。
- 6 薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域は、配置販売業にあっては「新潟県一円」等と記載する。
- 7 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。
- 8 実務期間
 - (1) 月単位で計算する。
 - (2) 実務期間は、連続した期間ではなくても差し支えない。

業務従事証明書（登録販売者用）

年 月 日

（従事者の氏名） 殿

薬局開設者又は医薬品
販売業者の住所
（法人にあつては、主
たる事務所の所在地）

薬局開設者又は医薬品
販売業者の氏名
（法人にあつては、名
称及び代表者氏名）
連絡先電話番号

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 | 〒 |
| 販売従事登録年月日及び登録番号 | |
| 薬局又は店舗の名称及び許可番号 | 業態： 許可番号： |
| 薬局若しくは店舗の所在地 又は配置販売業の区域 | |

1 業務期間 （ 年 月間）

年 月 ～ 年 月

このうち、要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売し、又は授与する薬局等において
業務に従事した期間 （ 年 月間） 年 月 ～ 年 月

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□にチェック）

- ☐主に一般用医薬品の販売等の直接の業務
- ☐一般用医薬品の販売時の情報提供業務
- ☐一般用医薬品に関する相談対応業務
- ☐一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
- ☐一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務
- ☐一般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□にチェック）

- ☐上記1の期間において、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事した。
- ☐上記1の期間において、上記2の業務に1か月に合計160時間以上従事した。
- ☐上記1の期間において、上記2の業務に従事し、合計（ ）時間従事した。

4 研修の受講（受講した外部研修（追加的な研修を含む。）の年月日及び概要を記載）

(記載上の注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきり書くこと。
- 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。
- 4 薬局開設者又は医薬品販売業者の住所、氏名及び連絡先電話番号
 - (1) 個人開設の場合は、個人の住所及び氏名を記載する。法人開設の場合は、登記された主たる事務所の所在地及び商号並びに代表取締役氏名を記載する。
 - (2) 連絡先電話番号は、日中つながる会社等の電話番号を記載する。
- 5 薬局又は店舗の名称は、許可証のとおり記載する。ただし、配置販売業にあっては、記載を要しない。
- 6 薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域は、配置販売業にあっては「新潟県一円」等と記載する。
- 7 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。
- 8 業務期間
 - (1) 月単位で計算する。
 - (2) 業務期間は、連続した期間ではなくても差し支えない。
 - (3) 第 1 類医薬品を販売する店舗の店舗管理者を登録販売者とする場合、要指導医薬品若しくは第 1 類医薬品を販売し、又は授与する薬局等において業務に従事した期間を記入すること。
- 9 業務の従事期間が 2 年以上である登録販売者について証明する場合は、「2 業務内容」を「登録販売者として行った業務に該当する□にチェック」と読み替える。

勤務状況報告書

年 月 日

新潟市保健所長 殿

薬局開設者又は医薬品
販売業者の住所
(法人にあつては、主
たる事務所の所在地)

薬局開設者又は医薬品
販売業者の氏名
(法人にあつては、名
称及び代表者氏名)

下記の者の一般用医薬品販売に係る実務・業務経験について、下記のとおり報告します。なお、
本証明に係る根拠については、求めがあれば提供いたします。

年 月 ～ 年 月 (過去5年間) の勤務状況

| | | | | | |
|-------------------|------|------|-----------------|------|------|
| 氏 名 | | | | | |
| 薬 局 又 は 店 舗 の 名 称 | | | | | |
| 従事期間 (1 か月単位) | 従事日数 | 勤務時間 | 従事期間 (1 か月単位) | 従事日数 | 勤務時間 |
| 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 | 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 | 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 | 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 | 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 | 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 | 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 | 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 | 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 | 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 | 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 | 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 | 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |

根拠としたもの： _____

※月の中日から翌月の前日までを1か月単位としてもよい。
※実務・業務従事証明書1枚ごとに対応する勤務状況報告書を添付すること。

上記内容について、事実と相違ありません。
(被実務・業務従事証明者) 氏名：

実務従事確認書（一般従事者用）

年 月 日

新潟市保健所長 殿

医薬品販売業者の住所
(法人にあつては、主
たる事務所の所在地)

医薬品販売業者の氏名
(法人にあつては、名)
称及び代表者氏名

連絡先電話番号

以下のとおりであることを責任をもって確認しました。

| | |
|----------------------------|-------------|
| 氏 名 | 生年月日： 年 月 日 |
| 住 所 | 〒 |
| 薬局又は店舗の名称及び許可番号 | 業態： 許可番号： |
| 薬局若しくは店舗の所在地 又は配置販売業の区域 | |

1 実務期間 (年 月間)
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・指導の下で行われた実務に該当する□にチェック)

- ☐ 主に一般用医薬品の販売等を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- ☐ 一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- ☐ 一般用医薬品に関する相談があった場合の対応を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- ☐ 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明の方法を知ることができる実務
- ☐ 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務
- ☐ 一般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□にチェック)

- ☐ 上記 1 の期間において、上記 2 の実務に 1 か月に合計 8 0 時間以上従事した。
- ☐ 上記 1 の期間において、上記 2 の実務に 1 か月に合計 1 6 0 時間以上従事した。
- ☐ 上記 1 の期間において、上記 2 の実務に従事し、通算して合計 () 時間従事した。

4 研修の受講

(外部研修 (追加的な研修を含む。) の受講実績がある場合にあっては、受講した外部研修の年月日及び概要を記載)

(記載上の注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきり書くこと。
- 3 この確認内容に関する勤務簿の写し、研修修了証の写し等を添付する。
- 4 医薬品販売業者の住所、氏名及び連絡先電話番号
 - (1) 個人開設の場合は、個人の住所及び氏名を記載する。法人開設の場合は、登記された主たる事務所の所在地及び商号並びに代表取締役氏名を記載する。
 - (2) 連絡先電話番号は、日中つながる会社等の電話番号を記載する。
- 5 薬局又は店舗の名称は、許可証のとおり記載する。ただし、配置販売業にあつては、記載を要しない。
- 6 薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域は、配置販売業にあつては「新潟県一円」等と記載する。
- 7 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。
- 8 実務期間
 - (1) 月単位で計算する。
 - (2) 実務期間は、連続した期間ではなくても差し支えない。

業務従事確認書（登録販売者用）

年 月 日

新潟市保健所長 殿

医薬品販売業者の住所
(法人にあつては、主
たる事務所の所在地)
医薬品販売業者の氏名
(法人にあつては、名
称及び代表者氏名)

連絡先電話番号

以下のとおりであることを責任をもって確認しました。

| | |
|----------------------------|-------------|
| 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 | |
| 薬局又は店舗の名称及び許可番号 | 業態： 許可番号： |
| 薬局若しくは店舗の所在地 又は配置販売業の区域 | |

1 業務期間 (年 月間)

年 月 ～ 年 月

業務期間のうち、要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売し、又は授与する薬局等において業務に従事した期間 (年 月間) 年 月 ～ 年 月
業務期間のうち、店舗管理者又は区域管理者として店舗又は区域において業務に従事した期間 (年 月間) 年 月 ～ 年 月

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□にチェック)

- ☐主に一般用医薬品の販売等の直接の業務
- ☐一般用医薬品の販売時の情報提供業務
- ☐一般用医薬品に関する相談対応業務
- ☐一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
- ☐一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務
- ☐一般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□にチェック)

- ☐上記1の期間において、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事した。
- ☐上記1の期間において、上記2の業務に1か月に合計160時間以上従事した。
- ☐上記1の期間において、上記2の業務に従事し、合計 () 時間従事した。

4 研修の受講 (受講した外部研修 (追加的な研修を含む。) の年月日及び概要を記載)

(記載上の注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきり書くこと。
- 3 この確認内容に関する勤務簿の写し、研修修了証の写し等を添付する。
- 4 医薬品販売業者の住所、氏名及び連絡先電話番号
 - (1) 個人開設の場合は、個人の住所及び氏名を記載する。法人開設の場合は、登記された主たる事務所の所在地及び商号並びに代表取締役氏名を記載する。
 - (2) 連絡先電話番号は、日中つながる会社等の電話番号を記載する。
- 5 薬局又は店舗の名称は、許可証のとおり記載する。ただし、配置販売業にあつては、記載を要しない。
- 6 薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域は、配置販売業にあつては「新潟県一円」等と記載する。
- 7 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。
- 8 業務期間
 - (1) 月単位で計算する。
 - (2) 業務期間は、連続した期間ではなくても差し支えない。
 - (3) 第 1 類医薬品を販売する店舗の店舗管理者を登録販売者とする場合、要指導医薬品若しくは第 1 類医薬品を販売し、又は授与する薬局等において業務に従事した期間を記入すること。
- 9 業務の従事期間が 2 年以上である登録販売者について証明する場合は、「2 業務内容」を「登録販売者として行った業務に該当する□にチェック」と読み替える。

勤務状況報告書

年 月 日

新潟市保健所長 殿

医薬品販売業者の住所
(法人にあつては、主
たる事務所の所在地)

医薬品販売業者の氏名
(法人にあつては、名
称及び代表者氏名)

下記の者の一般用医薬品販売に係る実務・業務経験について、下記のとおり報告します。なお、
本証明に係る根拠については、求めがあれば提供いたします。

年 月 ～ 年 月の勤務状況

| | | | | | |
|-------------------|------|------|-------------|------|------|
| 氏 名 | | | | | |
| 薬 局 又 は 店 舗 の 名 称 | | | | | |
| 従事期間（１か月単位） | 従事日数 | 勤務時間 | 従事期間（１か月単位） | 従事日数 | 勤務時間 |
| 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 | 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 | 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 | 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 | 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 | 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 | 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 | 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 | 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 | 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 | 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 | 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 | 年 月 日 ～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |

根拠としたもの： _____

※月の中日から翌月の前日までを１か月単位としてもよい。
※実務・業務従事確認書１枚ごとに対応する勤務状況報告書を添付すること。

上記内容について、事実と相違ありません。
(被実務・業務従事証明者) 氏名：