

実務従事証明書

〇〇年〇〇月〇〇日

北海道知事 様

証明を受ける者が従事した
販売業者とその店舗又は営
業所の管理者

医薬品の販売業者名 株式会社〇〇医薬

代表者氏名 代表取締役 〇〇 〇〇

(許可番号：第〇〇〇〇号)

管理者氏名 〇〇 〇〇

下記の者の実務は、以下のとおりであることを証明します。

氏名	〇〇 〇〇 (生年月日:昭和 53 年8月1日)	証明を受ける者
住所	〒×××-×××× 札幌市〇〇区〇条〇丁目	
店舗、配置又は 卸売販売業の名称	* 証明を受ける者が従事した販売業の種類を記載	
店舗の所在地、 配置販売業の区域 又は営業所の所在地	* 証明を受ける者が従事した店舗等の所在等を記載	

1 実務期間： 〇〇年〇〇月 ~ 〇〇年〇〇月 (〇年 〇月間)

2 実務内容

(期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導下で行われた実務に該当する□にレを記入)

- 主に動物用医薬品の販売等の直接の実務
- 動物用医薬品の販売時の情報提供実務又はその内容を知ることができる実務 (卸売販売業を除く。)
- 動物用医薬品に関する相談対応実務又はその内容を知ることができる実務 (卸売販売業を除く。)
- 動物用医薬品の販売制度の内容等の説明業務又はその内容を知ることができる業務
- 動物用医薬品の管理や貯蔵に関する実務
- 動物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 の実務に 1 か月に合計 80 時間以上従事した。

(日本工業規格 A 4)

備考 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