

改正後

様式第8号(第8条関係)

業務従事証明書

年 月 日

殿

薬局開設者又は医薬品の販売業者
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)

印

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、店舗の名称 及び許可番号	
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	

(従事した業務の種類)

- 要指導医薬品又は第一類医薬品を販売し、又は授与する薬局において登録販売者として業務に従事した。
- 薬剤師が店舗管理者である要指導医薬品又は第一類医薬品を販売し、又は授与する店舗販売業において登録販売者として業務に従事した。
- 薬剤師が区域管理者である第一類医薬品を配置販売する配置販売業において登録販売者として業務に従事した。
- 第一類医薬品を販売し、又は授与する店舗の店舗管理者として業務に従事した。
- 第一類医薬品を配置販売する区域の区域管理者として業務に従事した。

(業務に従事した期間等)

- 次の期間において、全ての月について1か月に合計80時間以上、上記の業務に従事した。
- 次の期間において、合計 時間、上記の業務に従事した。

年 月 ~ 年 月 (年 月間)

- 注 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。
 2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。
 3 従事した業務の種類及び業務に従事した期間等は、該当するものをそれぞれ1つ選択すること。

現行

様式第8号(第8条関係)

(日本産業規格A4)

業務経験証明書

年 月 日

福岡県知事 殿

薬局開設者又は医薬品又は再生医療等製品の
販売業者名
代表者氏名

印

下記の者の業務経験は、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	
業 務 の 種 別	
許 可 番 号	
薬局、店舗又は 営業所の名称	
薬局、店舗又は 営業所の所在地 又は区域	

1 業務期間 年 月 ~ 年 月 (年 月間)

2 業務内容(業務期間内に行われた業務に該当する口にレを記入すること。)

- 要指導医薬品若しくは第一類医薬品を販売し、又は授与する上記薬局において薬剤師の管理及び指導の下で登録販売者として業務に従事した。
- 薬剤師が店舗管理者である要指導医薬品若しくは第一類医薬品を販売し、又は授与する上記店舗販売業の店舗において薬剤師の管理及び指導の下で登録販売者として業務に従事した。
- 薬剤師が区域管理者である第一類医薬品を配置販売する上記配置販売業において薬剤師の管理及び指導の下で登録販売者として業務に従事した。
- 上記営業所において指定卸売医療用ガス類の販売又は授与に関する業務に従事した。
- 上記営業所において指定卸売歯科用医薬品の販売又は授与に関する業務に従事した。
- 上記営業所において再生医療等製品の販売又は授与に関する業務に従事した。

注 当該証明を行う者は、薬局、店舗販売業、配置販売業、卸売販売業又は再生医療等製品販売業等の許可を受けている開設者であること。

改正後

様式第9号(第8条関係)

業務
実務 従事証明書

年 月 日

殿

薬局開設者又は医薬品の販売業者
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)

印

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、店舗の名称 及び許可番号	
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	

薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で業務実務に従事した期間等について

- 次の期間において、全ての月について1か月に合計80時間以上従事した。
- 次の期間において、合計 時間従事した。

年 月 ～ 年 月 (年 月間)

- 注 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。
- 3 登録販売者について証明する場合は様式中の「実務」の文字を二重線で消し、一般従事者について証明する場合は「業務」の文字を二重線で消すこと。
- 4 一般従事者について証明する場合、販売従事登録年月日及び登録番号は空欄とすること。
- 5 以下の業務又は実務に従事した期間を記載すること。
- ・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
 - ・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
- 6 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、「薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で業務に従事した期間」を「業務期間」と読み替える。

現行

様式第9号(第8条関係)

業務従事証明書

年 月 日

福岡県知事 殿

薬局開設者又は医薬品の
販売業者名 印
代表者氏名)
(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	〒
薬局、店舗又は 配置販売業の名称	
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	

薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で業務に従事した期間

年 月 ～ 年 月 (年 月間)

- 注 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書く。
- 3 以下の業務について、1か月に合計80時間以上従事した月を記載すること。
- ・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
 - ・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
- 4 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、「薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で業務に従事した期間」を「業務期間」と読み替える。

改正後

様式第10号(第8条関係)

業務経験証明書

年 月 日

福岡県知事 殿

卸売販売業者又は再生医療等製品の販売業者
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）
印

下記の者の業務経験は、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	〒
業 務 の 種 別	
許 可 番 号	
営 業 所 の 名 称	
営 業 所 の 所 在 地	

- 1 業務期間 年 月 ～ 年 月 (年 月間)
- 2 業務内容(上記営業所において業務期間内に行われた業務の該当する□にレを記入すること。)
- 指定卸売医療用ガス類の販売又は授与に関する業務に従事した。
 - 指定卸売歯科用医薬品の販売又は授与に関する業務に従事した。
 - 再生医療等製品の販売又は授与に関する業務に従事した。

- 注 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。

現行

様式第10号(第8条関係)

実務従事証明書

年 月 日

福岡県知事 殿

薬局開設者又は医薬品の
販売業者名 印
代表者氏名
(許可番号：)
管理者氏名 印

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	(生年月日 年 月 日)
住所	〒
薬局、店舗又は 配置販売業の名称	
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	

薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で実務に従事した期間

年 月 ～ 年 月 (年 月間)

- 注 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書く。
- 3 以下の業務について、1か月に合計80時間以上従事した月を記載すること。
- ・主に一般用医薬品の販売等の直接の実務
 - ・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