業務経験証明書

年　　月　　日

福井市長　　様

雇用（使用）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）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次の者は下記のとおり登録販売者として第一類医薬品を販売等する薬局等において薬剤師（店舗販売業にあっては薬剤師が店舗管理者、配置販売業にあっては薬剤師が区域管理者である場合に限る）の管理及び指導の下で医薬品の販売又は授与に関する業務に従事していたことを証します。

記

被雇用（被使用）者 住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

販売従事登録年月日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

販売従事登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

登録都道府県名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1. 勤務店舗等

名　　　称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

業　　　種＿＿＿＿＿＿＿＿＿許可番号、年月日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

管理者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿管理者従事期間＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

薬剤師登録年月日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

薬剤師登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1. 従事期間

　　　　年　　月　　日　　～　　　　　　年　　月　　日（　　年　　月）

（注意）

①　雇用（使用）者が法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称、代表者名を記載すること。

②　管理者が従事期間中に変更になった場合は、期間中の全ての管理者氏名及び従事期間を記載すること。

③　業種が配置販売業の場合は、勤務店舗の所在地は「福井県一円」と記載すること。

（勤務店舗等の名称は記載不要）