

業務経験証明書

年 月 日

福島県知事

雇用（使用）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）

次の者は、下記のとおり、登録販売者として、要指導医薬品若しくは第一類医薬品を販売等する薬局、店舗販売業、又は第一類医薬品を配置販売する配置販売業において、薬剤師（店舗販売業にあつては薬剤師が店舗管理者、配置販売業にあつ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明します。

被雇用（被使用）者

住所

氏名

本籍地都道府県名

生 年 月 日 年 月 日

試験合格年月日 年 月 日

試験施行都道府県名

販売従事登録年月日 年 月 日

販売従事登録番号 第 号

登録都道府県名

記

1 勤務店舗等

(1) 名称

(2) 所在地

(3) 業 種

(許可番号及び許可年月日 第 号 年 月 日)

※ 業種が配置販売業の場合、(2) 勤務店舗の所在地は「(都道府県名) 一円」と記載すること

2 勤務先店舗等管理者

(1) 管理者氏名

(2) 薬剤師免許番号及び登録年月日

免許番号 第 号 登録年月日 年 月 日

(3) 管理者として従事した期間 年 月 日～ 年 月 日

※ 被雇用（使用）者の従事期間中に店舗等管理者が変更になった場合は、期間中の全ての管理者氏名、薬剤師免許番号、登録年月日及び管理者として従事した期間を記載すること

3 従事期間 年 月 日 ～ 年 月 日 (年 箇月)

※ 本業務経験を証明するための必要な記録を持参すること