

登録販売者が精神の機能の障害を有する状態となり業務の継続が著しく困難となった場合の届出書

登 録 販 売 者 の 氏 名	
登 録 番 号 及 び 登 録 年 月 日	
登 録 販 売 者 の 本 籍 地 都 道 府 県 名	
登 録 販 売 者 の 住 所	
登 録 販 売 者 の 生 年 月 日	年 月 日
備 考	

上記の者は、精神の機能の障害を有する状態となり登録販売者の業務の継続が著しく困難になったため届け出ます。

年 月 日

届出者住所

届出者氏名

印（続柄 ）

都道府県知事 殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。

業務従事証明書

年 月 日

(従事者の氏名) 殿

薬局開設者又は医薬品の販売業者

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

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	
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□にレを記入)

- ☐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□にレ点を記入)

- ☐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(受講した外部研修の年月日及び概要を記載)

(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、楷書ではっきり書くこと。
- 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 配置販売業にあっては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 5 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。
- 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、「2.業務内容」を「登録販売者として行った業務に該当する□にレを記入」と読み替える。

実務従事証明書

年 月 日

(従事者の氏名) 殿

薬局開設者又は医薬品の販売業者

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

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	
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□にレを記入)

☐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□にレ点を記入)

☐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)

(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、楷書ではっきり書くこと。

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 配置販売業にあっては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。

5 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。