

実務従事証明書

令和 年 月 日

熊本県知事 蒲島 郁夫 様

医薬品の販売業者名

代表者氏名

(許可番号:)

管理者氏名

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 | 〒 |
| 店舗、配置又は 卸売販売業の名称 | |
| 店舗の所在地、 配置販売業の区域 又は営業所の所在地 | |

1. 実務期間: 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実務

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。

(備 考)

1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

2 字は、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。

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こと。