

店 舗 販 売 業 許 可 申 請 書

事 項	店舗販売業の許可を受けようとするとき
根拠法令	法 律 第 24 条、第 25 条、第 26 条、第 38 条 施 行 令 第 44 条、第 57 条 施 行 規 則 第 139 条 構造設備規則 第 2 条 体 制 省 令 第 2 条 施 行 細 則 第 6 条
提出部数	1 部（保健福祉事務所、長野市保健所又は松本市保健所）
添付書類	1. 構造設備の概要書 2. 店舗の平面図（区画、寸法、面積、設備の配置等が記載されたもの） 3. 業務を行う体制の概要を記載した書面 4. 法人にあっては、登記事項証明書（発行後 6 ヶ月を経過していないもの） 5. 法人にあっては、薬事に関する業務に責任を有する役員の画定表 6. 申請者（法人にあっては、薬事に関する業務に責任を有する役員）の診断書（発行後概ね 3 ヶ月以内のもの）（法律第 5 条第 3 号へに該当するおそれがある場合のみ） 7. 店舗に勤務する資格者の一覧表 8. 申請者（個人）が店舗管理者であるときは、薬剤師免許証又は販売従事登録証の写し 9. 申請者以外の者が店舗管理者であるときは、雇用契約書の写し又は使用関係を証する書類及び薬剤師免許証又は販売従事登録証の写し 10. 店舗管理者以外に店舗において薬事に関する実務に従事する薬剤師又は登録販売者があるときは、雇用契約書の写し又は使用関係を証する書類及び薬剤師免許証又は販売従事登録証の写し 11. 販売（授与）する医薬品の区分、特定販売に関する内容等を記載した書面 12. 登録販売者を店舗管理者とするときは、次の書類 ・過去 5 年間のうち従事期間が通算して 2 年以上ある場合又は従事期間が通算して 1 年以上あり、かつ、過去に店舗管理者若しくは区域管理者として業務に従事した経験がある場合：その業務（実務）経験を証明する書類 ・過去 5 年間のうち従事期間が通算して 1 年以上あり、かつ、継続的研修及び追加的研修を修了した場合：その業務（実務）経験を証明する書類並びに継続的研修及び追加的研修の修了証 ・従事期間が通算して 5 年以上あり、かつ、継続的研修を通算して 5 年以上受講した場合※¹：その業務（実務）経験を証明する書類及び継続的研修の修了証 13. 要指導医薬品※ ² 又は第一類医薬品を販売（授与）する店舗において登録販売者を店舗管理者とするときは、過去 5 年間のうち登録販売者として業務に従事した期間が通算して 3 年以上であることを証明する書類
手 数 料	保健所設置市以外：30,300 円（長野県収入証紙） 保健所設置市内：29,000 円（現金）
そ の 他	1. 業務（実務）経験を証明する書類については、申請者が、その従事期間等について責任をもって確認した場合は、確認した書類でもよい。 ※ ¹ 法施行規則等の一部を改正する省令（令和 3 年厚生労働省令第 132 号）附則第 2 条の規定により、当分の間、店舗管理者とすることができる。 ※ ² 法施行規則等の一部を改正する省令（平成 26 年厚生労働省令第 8 号）附則第 6 条第 2 項の規定により、当分の間、店舗管理者とすることができる。

店 舗 販 売 業 許 可 申 請 書

店 舗 の 名 称			
店 舗 の 所 在 地		〒 TEL	
店 舗 の 構 造 設 備 の 概 要			
医 薬 品 の 販 売 又 は 授 与 を 行 う 体 制 の 概 要			
（ 法 人 に あ っ て は ） 薬 事 に 関 す る 業 務 に 責 任 を 有 す る 役 員 の 氏 名			
通 常 の 営 業 日 及 び 営 業 時 間			
相 談 時 及 び 緊 急 時 の 連 絡 先			
特 定 販 売 の 実 施 の 有 無		有 ・ 無	
申 請 者 （ 法 人 に あ っ て は 、 薬 事 に 関 す る 業 務 に 関 す る 業 務	(1)	法第 75 条第 1 項の規定により許可を取り消され、取消しの日から 3 年を経過していない者	
	(2)	法第 75 条の 2 第 1 項の規定により登録を取り消され、取消しの日から 3 年を経過していない者	
	(3)	禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた後、3 年を経過していない者	
	(4)	法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法その他薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反し、その違反行為があつた日から 2 年を経過していない者	
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	
	(6)	精神の機能の障害により店舗販売業者の業務を適正に行うに当たつて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者	
	(7)	店舗販売業者の業務を適切に行うことができる知識及び経験を有すると認められない者	
備 考			

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

年 月 日

（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

住 所 〒

（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

氏 名

長野県知事
市長

殿

構 造 設 備 の 概 要 書

	店舗 (倉庫は除く)	調 剤 室	倉庫
面 積 (m ²)			
床 の 材 質			
天 井 の 材 質			
購入者等が調剤室に進入することができない措置			
一般用医薬品を陳列等する場所を閉鎖する構造			
薬局製造販売医薬品（毒薬及び劇薬であるものを除く。以下同じ。）、要指導医薬品及び第一類医薬品陳列設備			
薬局製造販売医薬品、要指導医薬品及び第一類医薬品陳列区画			
薬局製造販売医薬品、要指導医薬品及び第一類医薬品陳列区画を閉鎖する構造			
情報提供を行う設備（箇所）			
換 気 の 設 備			
採 光 の 設 備（○ W ○ 本）			
かぎのかかる貯蔵設備(材質、大きさ記入)			
冷暗貯蔵設備（大きさ等記入）			
医薬品の貯蔵設備を設ける区域がある場合、他の区域から区別する方法			
常時居住する場所及び不潔な場所との区別			

※ 薬局製造販売医薬品、要指導医薬品及び第一類医薬品の陳列設備、陳列区画、情報提供を行う設備、かぎのかかる設備、冷暗貯蔵設備の場所及び医薬品の貯蔵設備を設ける区域（調剤室を除く、倉庫、バックヤード等）を平面図に記載すること。

※ 薬局製造販売医薬品、要指導医薬品及び第一類医薬品の陳列設備、かぎのかかる設備及び冷暗貯蔵設備については、概要図（立面図）を添付すること。

※ 該当しない項目の欄は斜線を引くこと。

店舗販売業の業務を行う体制確認シート（例）

体制省令 第2条	基 準	状 況	
		適 合	不適合
第1項第1号	要指導医薬品又は第一類医薬品を販売し、又は授与する店舗にあっては、要指導医薬品又は第一類医薬品を販売し、又は授与する営業時間内は、常時、当該店舗において薬剤師が勤務していること。	☐ 適合	☐ 不適合
第1項第2号	第二类医薬品又は第三類医薬品を販売し、又は授与する営業時間内は、常時、当該店舗において薬剤師又は登録販売者が勤務していること。	☐ 適合	☐ 不適合
第1項第3号	営業時間又は営業時間外で相談を受ける時間内は、医薬品を購入し、若しくは譲り受けようとする者又は医薬品を購入し、若しくは譲り受けた者若しくはこれらの者によって購入され、若しくは譲り受けられた医薬品を使用する者から相談があった場合に、法第36条の6第4項又は第36条の10第5項の規定による情報の提供又は指導を行うための体制を備えていること。	☐ 適合	☐ 不適合
第1項第4号	当該店舗において、要指導医薬品又は一般用医薬品の販売又は授与に従事する薬剤師及び登録販売者の週当たり勤務時間数の総和を当該店舗内の要指導医薬品の情報の提供及び指導を行う場所（薬局等構造設備規則第2条第12号に規定する情報を提供し、及び指導を行うための設備がある場所をいう。次号において同じ。）並びに一般用医薬品の情報の提供を行う場所（薬局等構造設備規則第2条第12号に規定する情報を提供するための設備がある場所をいう。次号において同じ。）の数で除して得た数が、要指導医薬品又は一般用医薬品を販売し、又は授与する開店時間の一週間の総和以上であること。	要指導医薬品又は一般用医薬品の販売等に従事する薬剤師及び登録販売者の週当たり勤務時間数の総和 ① _____ 時間 要指導医薬品並びに一般用医薬品の情報提供を行う場所の数 ② _____ ケ所 要指導医薬品又は一般用医薬品を販売等する開店時間の一週間の総和 ③ _____ 時間 判定) ①÷②≥③ ☐ 適合 ☐ 不適合	
第1項第5号	要指導医薬品又は第一類医薬品を販売し、又は授与する店舗にあっては、当該店舗において要指導医薬品又は第一類医薬品の販売又は授与に従事する薬剤師の週当たり勤務時間数の総和を当該店舗内の要指導医薬品の情報の提供及び指導を行う場所並びに第一類医薬品の情報の提供を行う場所の数で除して得た数が、要指導医薬品又は第一類医薬品を販売し、又は授与する開店時間の一週間の総和以上であること。	要指導医薬品又は第一類医薬品の販売等に従事する薬剤師の週当たり勤務時間数の総和 ④ _____ 時間 要指導医薬品並びに第一類医薬品の情報の提供を行う場所の数 ⑤ _____ ケ所 要指導医薬品又は第一類医薬品を販売等する開店時間の一週間の総和 ⑥ _____ 時間 判定) ④÷⑤≥⑥ ☐ 適合 ☐ 不適合	
第1項第6号	法第36条の6第1項及び第4項の規定による情報の提供及び指導並びに法第36条の10第1項、第3項及び第5項の規定による情報の提供その他の要指導医薬品及び一般用医薬品の販売又は授与の業務（要指導医薬品及び一般用医薬品の貯	☐ 適合	☐ 不適合

	蔵並びに要指導医薬品又は一般用医薬品を販売し、又は授与する開店時間以外の時間における対応に関する業務を含む。）に係る適正な管理（以下「要指導医薬品等の適正販売等」という。）を確保するため、指針の策定、従事者に対する研修（特定販売を行う店舗にあっては、特定販売に関する研修を含む。）の実施その他必要な措置が講じられていること。		
第2項第1号	従事者から店舗販売業者への事故報告の体制の整備	☐ 適合	☐ 不適合
第2項第2号	医薬品の貯蔵設備を設ける区域に立ち入ることができる者の特定	☐ 適合	☐ 不適合
第2項第3号	要指導医薬品等の適正販売等のための業務に関する手順書の作成及び当該手順書に基づく業務の実施	☐ 適合	☐ 不適合
第2項第4号	要指導医薬品等の適正販売等のために必要となる情報の収集その他要指導医薬品等の適正販売等の確保を目的とした改善のための方策の実施	☐ 適合	☐ 不適合

薬局並びに店舗販売業及び配置販売業の業務を行う体制を定める省令に基づく体制は、上記のとおりです。

年 月 日

(法人にあっては、主たる事務所の所在地)
住 所 〒

(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)
氏 名

長野県知事
市長

殿

薬事に関する業務に責任を有する役員

許 可 の 種 類		
許 可 番 号	第	号
薬局、店舗又は営業所の名称		
薬 事 に 関 す る 業 務 に 責 任 を 有 す る 役 員	職 務	氏 名

当社の医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に係る薬事に関する業務に責任を有する役員は上記のとおりです。

年 月 日

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)
住 所 〒

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)
氏 名

長野県知事
市長

殿

診 断 書

住 所

氏 名

年 月 日生

上記の者について、下記のとおり診断します。

精神機能の障害

☐ 明らかに該当しない ☐ 専門家による判断が必要

専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（特に、薬事に関する業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができるかについて具体的に）

年 月 日

病院診療所の
所在地及び名称

医 師

店舗の管理者

店 舗 の 管 理 者	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数			
	種 別	薬 剤 師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号		薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	

その他の薬剤師又は登録販売者

その他の 薬 剤 師 又は登録 販 売 者	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数			
	種 別	薬 剤 師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号		薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	
その他の 薬 剤 師 又は登録 販 売 者	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数			
	種 別	薬 剤 師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号		薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	
その他の 薬 剤 師 又は登録 販 売 者	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数			
	種 別	薬 剤 師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号		薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	
その他の 薬 剤 師 又は登録 販 売 者	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数			
	種 別	薬 剤 師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号		薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	

(注意) この用紙に、その他の薬剤師又は登録販売者のすべてを記載することができないときは、別紙に記載すること。

その他の薬剤師又は登録販売者

その他の 薬剤師 又は登録 販売者	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数			
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号		薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数			
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号		薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数			
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号		薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数			
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号		薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数			
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号		薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	

証 書

私どもは下記事項を条件として雇用関係にあることを証します。

年 月 日

(法人の場合は主たる事務所の所在地)

雇用者 住所

(法人の場合は名称及び代表者名)

氏名

被用者 住所

氏名

記

1 業 務 店舗管理者

2 勤務時間 午前・午後 時 分～午前・午後 時 分
(週 時間勤務)
(月 日勤務)

3 休 日 店舗の休日

被用者の休日

4 勤務場所 住所

名称

証 書

私どもは下記事項を条件として雇用関係にあることを証します。

年 月 日

雇用者 (法人の場合は主たる事務所の所在地)
住所

(法人の場合は名称及び代表者名)
氏名

被用者 住所
氏名

記

業 務	その他の薬剤師 ・ その他の登録販売者		
店舗許可番号			
店舗名称			
店舗住所			
月 曜 日			
火 曜 日			
水 曜 日			
木 曜 日			
金 曜 日			
土 曜 日			
日 曜 日			
店舗ごとの週あたりの勤務時間数			
週あたりの勤務時間数合計			

店舗販売業許可申請書 添付書類

兼営事業の種類：

- ☐ 配置販売業 ☐ 卸売販売業
☐ 高度管理医療機器販売業・貸与業 ☐ 管理医療機器販売業・貸与業
☐ 毒物劇物販売業（ 一般 ・ 農業用品目 ・ 特定品目 ）
☐ その他（

医薬品の販売（授与）に関する事項：

販売（授与）する医薬品の区分	☐ 要指導医薬品 ☐ 第一類医薬品 ☐ 指定第二類医薬品 ☐ 第二類医薬品（指定第二類医薬品を除く。） ☐ 第三類医薬品
----------------	---

特定販売に関する事項（特定販売を行わない店舗は記載不要）：

特定販売を行う際に使用する 通信手段	
特定販売を行う医薬品の区分	☐ 第一類医薬品 ☐ 指定第二類医薬品 ☐ 第二類医薬品（指定第二類医薬品を除く。） ☐ 第三類医薬品
特 定 販 売 を 行 う 時 間	
営業時間のうち特定販売のみ を行う時間	
特定販売の広告に店舗の正式 名称と異なる名称を表示する 場合はその名称	
ホ ー ム ペ ー ジ ア ド レ ス	
主たるホームページの構成の 概要	別紙のとおり
ホームページの閲覧に必要な パスワード等がある場合には そのパスワード等	
特定販売のみを行う時間がある 場合は適切な監督に必要な 設備の概要	☐ デジタルカメラ等で撮影した画像をパソコン等により長野県 知事（長野市長又は松本市長）の求めに応じて電送できる設備 ☐ その他

※ □については、該当するものをチェック (レ) すること。

※ 主たるホームページの構成の概要については、ホームページでの医薬品の表示内容や表示すべき事項の表示の状況等が分かるようなホームページのイメージ等の書類を添付すること。カタログ等を用いて特定販売を行う場合においても、同様にその概要がわかる資料を添付すること。

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）

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一類医薬品を販売し、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 このうち、店舗管理者又は区域管理者として店舗又は区域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1か月に合計160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（追加的な研修を含む。）の年月日及び概要を記載）

(注意)

- 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。
- 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。
- 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。
- 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」の（ ）内を「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）

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	

- 実務期間（ 年 月間）
年 月 ～ 年 月（ 年 月間）
- 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（業務の補佐を含む。）に該当する□にレを記入）
 - ☐ 主に一般用医薬品の販売等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
- 実務時間（該当する□にレを記入）
 - ☐ 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 1 か月に合計 160 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、合計（ ）時間従事した。
- 研修の受講（受講した外部研修（追加的な研修を含む。）の年月日及び概要を記載）

(注意)

- 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。
- 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。
- 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。

被業務（実務）経験証明者_____に係る勤務状況報告書

年 月 日

薬局、店舗の名称：
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）

上記の者の一般用医薬品販売に係る業務（実務）経験について、下記のとおり報告します。なお、本報告に係る根拠については、求めがあれば提供いたします。

_____年_____月～_____年_____月（過去5年間）の勤務状況

従事期間（1ヶ月単位で記載）	従事日数	勤 務 時 間
月 日～ 月 日	日間	時間 分
月 日～ 月 日	日間	時間 分
月 日～ 月 日	日間	時間 分
月 日～ 月 日	日間	時間 分
月 日～ 月 日	日間	時間 分
月 日～ 月 日	日間	時間 分
月 日～ 月 日	日間	時間 分
月 日～ 月 日	日間	時間 分
月 日～ 月 日	日間	時間 分
月 日～ 月 日	日間	時間 分
月 日～ 月 日	日間	時間 分
月 日～ 月 日	日間	時間 分

根拠としたもの：_____

※月の中日から翌月の前日までを1か月単位としてもよい。
※業務（実務）従事証明書1枚ごとに対応する期間の勤務状況報告書を添付すること。

上記内容について事実と相違ありません。

被業務（実務）経験証明者氏名：

業 務 従 事 確 認 書

年 月 日

長野県知事
市長

殿

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）

以下のとおりであることを責任をもって確認しました。

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一類医薬品を販売し、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
このうち、店舗管理者又は区域管理者として店舗又は区域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1か月に合計160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（追加的な研修を含む。）の年月日及び概要を記載）

（注意）

- 1 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。
 2 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。
 3 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。
 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、「2 業務内容」の（ ）内を「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 確 認 書

年 月 日

長野県知事
市長

殿

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）

以下のとおりであることを責任をもって確認しました。

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	

- 実務期間（ 年 月間）
年 月 ～ 年 月（ 年 月間）
- 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（業務の補佐を含む。）に該当する□にレを記入）
 - ☐ 主に一般用医薬品の販売等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
- 実務時間（該当する□にレを記入）
 - ☐ 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１か月に合計 160 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、合計（ ）時間従事した。
- 研修の受講（受講した外部研修（追加的な研修を含む。）の年月日及び概要を記載）

（注意）

- 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。
- 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。
- 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。