（別紙様式１）

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。

（別紙様式２）

|  |
| --- |
| 業務従事証明書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日都道府県知事　殿薬局開設者又は医薬品の販売業者名代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印（許可番号：　　　　　　　）管理者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印下記の者の業務は、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 | 〒 |
| 薬局、店舗又は配置販売業の名称 |  |
| 薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域 |  |
| 1. 業務期間

　　　　年　　月　～　　　年　　月　　（　　　年　　　月間）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　～　　　年　　月　　（　　　年　　　月間）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の期間の全ての月にわたり、上記２の業務に１か月に合計80時間以上従事した。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　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。

（別紙様式３）

|  |
| --- |
| 実務従事証明書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日都道府県知事　殿薬局開設者又は医薬品の販売業者名代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印（許可番号：　　　　　　　）管理者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印下記の者の実務は、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 | 〒 |
| 薬局、店舗又は配置販売業の名称 |  |
| 薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域 |  |
| 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。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。