業務従事証明書

年　　　月　　　日

　　岡山県　　　家畜保健衛生所長　　殿

　　　　　　　　　　　 　医薬品の販売業者名

代表者氏名

　（許可番号：　　　　　　　　　）

　管理者氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

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。

１．業務期間：　　　　　　年　　月　～　　年　　月　　（　　　　年　　　月間）

２．業務内容（期間内に登録販売者として行われた業務に該当する□にレを記入）

□　主に動物用医薬品の販売等の直接の業務

□　動物用医薬品の販売時の情報提供業務（卸売販売業を除く。）

□　動物用医薬品に関する相談対応業務（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

□　動物用医薬品の管理や貯蔵に関する業務

□　動物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ヶ月に合計80時間以上従事した。