薬局、医薬品販売業等における登録販売者の外部研修受講状況報告書

令和　　年　　月　　日

（　　　　　　）保健所（保健部）長　　殿

　　　　　　　　　　《薬局、医薬品販売業者》

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

　　下記のとおり、今年度の登録販売者の外部研修受講状況を報告します。

　　なお、未受講者については、速やかに受講させ、受講証等の写しを提出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 店舗等の名称： |  |
| 店舗等の所在地： |  |
| 業種区分： |  |
| 許可番号： |  |
| 担当者氏名： |  |
| 連絡先(電話番号)： |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録販売者  氏　名 | 受講  有無 | 受講証等  発行年月日 | 外部研修機関  名　称 | 備　　考  （未受講の場合は、その理由） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

【注意事項】

１　外部研修は、毎年１２時間以上の研修を受講させる必要があります。

※「登録販売者に対する研修の実施要領について」R5.3.31厚生労働省医薬・食品衛生局総務課長通知

２　未受講の場合は、備考欄にその理由を記載してください。

３　報告の対象としている登録販売者は、薬局及び医薬品販売業者が一般用医薬品を販売するために雇用し、保健所へ届出を提出している者です。それ以外の登録販売者資格を持つ者（事務員など）で、届出を提出していない者については対象外とします。