

実務(業務)経験被証明者 _____ に係る勤務状況報告書

年 月 日

保健所長 様

薬局開設者又は医薬品販売業者
住所又は所在地

薬局開設者又は医薬品販売業者
氏名又は名称

代表者氏名

実務(業務)に従事した薬
局、店舗又は配置販売業
の名称

管理者氏名

連絡先

上記の者の一般用医薬品販売に係る実務(業務)経験について、下記のとおり報告します。
なお、本証明に係る根拠資料については、求めがあれば速やかに提供いたします。

年 月 ~ 年 月 分の勤務状況
※月の中日から翌月の前日までを1か月単位としても良い。

年 月 日 ~ 年 月 日			年 月 日 ~ 年 月 日		
従事期間(1か月単位で記載)	従事日数	勤務時間	従事期間(1か月単位で記載)	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
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
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: _____ 確認できる場所: _____]

※実務(業務)従事証明書1枚毎に、対応する期間の勤務状況報告書をそれぞれ添付すること。
上記内容について事実と相違ありません。

(実務(業務)経験被証明者) 氏 名: