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ケ月単位で記載） | 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：