

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ヶ月単位で記載）	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：