

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の販売業者
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては名称及び代表者の氏名）

下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

氏名					
薬局又は店舗の名称					
従事期間（月単位）	従事日数	勤務時間	従事期間（月単位）	従事日数	勤務時間
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分	年 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。

※実務・業務経験証明書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。

（被実務・業務経験証明者）氏名：