

業務（実務）経験被証明者 _____ に係る勤務状況報告書

業務（実務）に従事した
 薬局、医薬品販売業の名称：
 所在地：

薬局開設者又は医薬品の販売業者名：
 代表者氏名：

上記の者の一般用医薬品（要指導医薬品）販売に係る業務（実務）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

一般用医薬品（要指導医薬品）販売に係る			一般用医薬品（要指導医薬品）販売に係る		
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
年 月	日間	時間 分	年 月	日間	時間 分
年 月	日間	時間 分	年 月	日間	時間 分
年 月	日間	時間 分	年 月	日間	時間 分
年 月	日間	時間 分	年 月	日間	時間 分
年 月	日間	時間 分	年 月	日間	時間 分
年 月	日間	時間 分	年 月	日間	時間 分
年 月	日間	時間 分	年 月	日間	時間 分
年 月	日間	時間 分	年 月	日間	時間 分
年 月	日間	時間 分	年 月	日間	時間 分
年 月	日間	時間 分	年 月	日間	時間 分
年 月	日間	時間 分	年 月	日間	時間 分
年 月	日間	時間 分	年 月	日間	時間 分
年 月	日間	時間 分	年 月	日間	時間 分
			以下、別紙のとおり		

根拠資料： _____

- ※ 1 根拠資料については、時間のみではなく業務内容もわかるものとする。
- ※ 2 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。

(被証明者) 氏 名：

