

年 月 日

被業務（実務）従事証明者 \_\_\_\_\_ に係る勤務状況報告書

《従事した薬局又は店舗》

名称：

許可番号：

所在地又は販売区域：

《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、下記の通り報告します。  
なお、本報告に係る根拠資料については、求めがあれば提出いたします。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 ~ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月分の勤務状況

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
年 月 日 ~ 年 月 日	計	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ヶ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。

（被証明者）氏 名：