

勤務状況報告書

年 月 日

業務または実務に従事した
薬局、医薬品販売業の名称：

薬局開設者または医薬品の販売業者名：
代表者氏名：

被証明者（_____）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、本証明に係る根拠とした資料については、求めがあれば提出いたします。

記

____年____月 ~ ____年____月分（過去5年間）の勤務状況

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
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
業務または実務に従事した勤務時間の合計				時間	

根拠としたもの：_____

上記について事実と相違ありません。

(被証明者) 氏 名：