# 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：　　印

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 |
| 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：　　印