

被業務（実務）経験証明者_____に係る勤務状況報告書

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）

上記の者の勤務先 薬局、店舗販売業の名称： 業種： <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 店舗販売業 <input type="checkbox"/> 配置販売業 許可番号： 連絡先電話番号：

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

業務（実務）期間（1か月単位で記載）	従事時間	業務（実務）期間（1か月単位で記載）	従事時間
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	時間 分	年 月 日 ~ 月 日	時間 分

根拠としたもの：_____