(氏名)	に係る勤務状況報告書
(14/14)	

薬局開設者又は医薬品の販売業者	上記の者の勤務先	
住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)	薬局、店舗販売業の名称:	
氏名(法人にあっては名称及び代表者の氏名)	業種: □薬局 □店舗販売業 □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		年月の勤務状況	
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
年 月 日~ 月 日	時間 分	年 月 日~ 月 日	時間 分

根拠としたもの:_____