被従事経験証明者（　　）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氏名）

＜作成担当者氏名　　＞

このたび、上記の者の一般用医薬品販売に係る（　実務　・　業務　）経験について、下記のとおり報告します。なお、本報告に係る根拠については、求めがあれば提供いたします。

記

＿＿＿年＿＿月～＿＿＿年＿＿月の勤務状況			
従事期間（１か月単位）	従事時間	従事期間（１か月単位）	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
薬局又は店舗の名称		根拠とした書類	

※従事期間について１か月単位で記載すること。
※従事期間の算定にあたっては、月の任意の日から起算して１か月間とすることができる。
※実務・業務従事証明書または確認書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。

年　　月　　日

上記内容について事実と相違ありません。

（被従事経験証明者）氏　名：