被業務（実務）経験確認者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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（申請者）
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、店舗の名称：
業種:　□薬局　□店舗　□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、責任をもって確認しましたので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　　根拠資料（　　）

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

※月の中日から翌月の前日までを１か月単位としてもよい。

※業務（実務）従事確認書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。