勤 務 状 況 報 告 書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬局開設者等住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては、主

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　たる事務所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬局開設者等氏名　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては、名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　称及び代表者の氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者氏名　　　　　　　　　　　　印

　このたび、（　　　　　　　　　　）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、求めがあれば提供します。

記

|  |
| --- |
| 　　年　　月～　　　　　年　　月（過去５年間）の勤務状況 |
| 従事期間（１か月単位で記載） | 従事時間 | 従事期間（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 |
| 根拠とした書類 |  |

※過去５年間のうち２年分の従事期間について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。

　　　　　　　　　　　　　　　　（被実務・業務経験証明者）氏名　　　　　　　　　　　　　印