

業務(実務)経験被証明者 _____ に係る勤務状況報告書

沖縄県知事 殿

業務(実務)に従事した薬局、店舗

又は配置販売業の名称：

所在地：

薬局開設者又は医薬品の販売業者名：

印

代表者氏名：

※管理者氏名：

印

上記の者の一般用医薬品(要指導医薬品)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、本証明に係る根拠資料については、貴自治体より求めがあれば提出いたします。

_____年_____月 ~ _____年_____月分の勤務状況

従事期間 (1 か月単位)	従事日数	勤務時間
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分

従事期間 (1 か月単位)	従事日数	勤務時間
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分

根拠としたもの： _____

- 医薬品販売以外を兼務しているなどの理由で、「勤務時間」と「根拠としたもの」の時間が異なる場合で、勤務時間が正しいことを客観的に判断できる根拠がないときは、虚偽報告とみなされることがあります。

○業務(実務)経験証明書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。

上記内容について事実と相違ありません。 (被証明者) 氏 名： _____ 印