

被従事経験証明者_____に係る勤務状況報告書

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： _____＞

上記の者の一般用医薬品販売に係る従事経験について、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_____月 ～ _____年_____月（過去5年間）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

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

根拠としたもの： _____

※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。
※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。

（被従事経験証明者）氏 名：