

被従事経験証明者_____に係る勤務状況報告書

住 所
(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏 名
(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

<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

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: