

勤務状況報告書

年 月 日

岡山県 保健所長 殿

薬局開設者又は医薬品販売業者の
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)

印

次の者の一般用医薬品販売に係る実務経験について、下記のとおり報告します。なお、本証明に係る根拠については、求めがあれば提供いたします。

年 月 日 ~ 年 月 日分の勤務状況

氏名	(生年月日: 年 月 日)	
薬局、店舗又は 配置販売業の名称		
従事期間 (1か月単位で記載)	従事日数	勤務時間
月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
月 日 ~ 月 日	日間	時間 分

根拠書類:

(注意)

- 1 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。
- 2 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。