被従事経験証明者、被従事経験確認者　　　　　　　　　　　　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

【担当者氏名：　　　　　　　　　　　　　担当者連絡先：　　　　　　　　　　　　　】

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、この報告に係る根拠については、求めがあれば提供いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  従事期間（１か月単位） | 従事日数 | 勤務時間 |  |  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 |  | 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 ～ 　　 　　 年 　　 月（主に過去５年間）の勤務状況**

**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。

※実務従事証明書、実務従事確認書、業務従事証明書、業務従事確認書の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、被従事経験確認者）氏　名：