

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。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 ~ \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月（主に過去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
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: \_\_\_\_\_

※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: