

### 被実務（業務）経験証明書に係る勤務状況報告書

大津市保健所長

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〕  
薬局開設者又は  
医薬品販売業者の氏名  
〔法人にあっては、名称  
及び代表者氏名〕  
(連絡先電話番号： )  
管理者氏名

被実務（業務）証明者の一般用医薬品の販売に係る実務（業務）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。

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 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

(平・令) \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 ～ (平・令) \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 (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。

上記内容について事実と相違ありません。

(被実務(業務)経験証明者) 氏 名：