勤務状況報告書

平成　　年　　月　　日

鳥取県○○事務所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　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業務（実務）経験について、下記の通り報告します。なお、本証明に係る根拠資料については、求めがあれば提供いたします。

**平成　　　年　　　月 ～ 平成　　　年　　　月分の勤務状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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カ月単位で記載） | | 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 |
| 平成　 　年　 　月　 日～平成　　　年 　　月　　日 | | | 計 　 　時間　　　分 |

**根拠としたもの：**

※根拠としたものについては、勤務簿、タイムカード等を記載すること。

※業務（実務）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。