

年 月 日

実務・業務 期間 被証明者\_\_\_\_\_に係る勤務状況報告書

大分市保健所長 殿

従事した薬局又は店舗の所在地：

名称：

### 薬局開設者又は医薬品の販売業者住所:

氏名：

印

上記の者の一般用医薬品販売に係る実務・業務経験について、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、貴自治体より求めがあれば提出いたします。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月～\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月分の勤務状況

根拠としたもの： 出勤簿・その他（ ）

※注意：3年以上の従事期間を証明する場合は、別葉で作成してください。

上記内容について事実と相違ありません。

(被証明者) 氏名:

印