

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：

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

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

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

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：