

(様式1)

年 月 日

実務・業務 期間 被証明者 \_\_\_\_\_ に係る勤務状況報告書

大分県知事 殿

従事した薬局、店舗

又は配置販売業の名称：

所在地：

薬局開設者又は医薬品の販売業者名：

代表者氏名：

店舗管理者：

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

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： 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：