

勤 務 状 況 報 告 書

(宛先)

広島市保健所長

薬局開設者又は医薬品の販売業者

住所

氏名

(法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

次の者の業務は、一般用医薬品販売に係る業務（実務）経験について、以下のとおり報告します。なお、本証明に係る根拠資料については、貴保健所から求めがあれば提供いたします。

氏 名	(生年月日： 年 月 日)
住 所	
薬局又は店舗の名称及び許可番号	
薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域	
業 務 の 種 別 (該当する項目に☑してください。)	<input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 店舗販売業 <input type="checkbox"/> 配置販売業

____年____月～____年____月分（過去5年間）の勤務状況は別紙のとおりです。

記載内容について事実と相違ありません。

(従事者) 氏 名 :

※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します（承諾されない方はお申し出ください。）。

(注意)

- 1 月の中日から翌月の前日までを1か月単位としても構いません。
- 2 業務（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してください。
- 3 「管理者氏名」については、「業務（実務）経験証明書」と同様としてください。
- 4 根拠としたもの（タイムカード、出勤簿等）を記載してください。なおこれについては、提出を求めることがありますので、注意してください。
- 5 従事期間が1枚に記載しきれない場合は、用紙を追加して記載してください。

_____年_____月 ~ _____年_____月分（過去5年間）の勤務状況

従事期間（1か月単位で記載）	従事日数	勤務時間
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 年 月 日	日間	時間 分

根拠としたもの： _____