勤 務 状 況 報 告 書

　　 年 　　 月 　 日

岡山市保健所長　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）

次の者の一般用医薬品販売に係る実務経験について、下記のとおり報告します。なお、本証明に係る根拠については、求めがあれば提供いたします。

　 　　 　年　　 月 　 日 ～ 　　 　年 　 月 　　 日分の勤務状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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か月単位で記載） | | 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 |

**根拠書類：**

（注意）

　１　月の中日から翌月の前日までを１か月単位としてもよい。

　２　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すること。