実務（業務）経験被証明者　　　　　　　　に係る勤務状況報告書

　　年　　月　　日

　福井市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬局開設者又は医薬品の販売業者の住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬局開設者又は医薬品の販売業者の氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者氏名

　上記の者の一般用医薬品（要指導医薬品）販売に係る実務（業務）経験について、下記のとおり報告します。なお、本報告に係る根拠資料については、求めがあれば速やかに提供いたします。

記

|  |
| --- |
| 　　　年　　月　～　　　　年　　月（過去５年間）の勤務状況 |
| 従事期間（１か月単位で記載） | 従事時間 | 従事期間（１か月単位で記載） | 従事時間 |
| 　年　　月　　日～　　月　　日 | 時間　 分 | 　年　　月　　日～　　月　　日 | 時間　 分 |
| 　年　　月　　日～　　月　　日 | 時間　 分 | 　年　　月　　日～　　月　　日 | 時間　 分 |
| 　年　　月　　日～　　月　　日 | 時間　 分 | 　年　　月　　日～　　月　　日 | 時間　 分 |
| 　年　　月　　日～　　月　　日 | 時間　 分 | 　年　　月　　日～　　月　　日 | 時間　 分 |
| 　年　　月　　日～　　月　　日 | 時間　 分 | 　年　　月　　日～　　月　　日 | 時間　 分 |
| 　年　　月　　日～　　月　　日 | 時間　 分 | 　年　　月　　日～　　月　　日 | 時間　 分 |
| 　年　　月　　日～　　月　　日 | 時間　 分 | 　年　　月　　日～　　月　　日 | 時間　 分 |
| 　年　　月　　日～　　月　　日 | 時間　 分 | 　年　　月　　日～　　月　　日 | 時間　 分 |
| 　年　　月　　日～　　月　　日 | 時間　 分 | 　年　　月　　日～　　月　　日 | 時間　 分 |
| 　年　　月　　日～　　月　　日 | 時間　 分 | 　年　　月　　日～　　月　　日 | 時間　 分 |
| 　年　　月　　日～　　月　　日 | 時間　 分 | 　年　　月　　日～　　月　　日 | 時間　 分 |
| 　年　　月　　日～　　月　　日 | 時間　 分 | 　年　　月　　日～　　月　　日 | 時間　 分 |
| 根拠とした資料 |  |

※過去５年間のうち２年分の従事期間について１か月単位で記載すること。

※従事期間の算定にあたっては、月の任意の日から起算して１か月間とすることができる。

※実務（業務）従事証明書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。

　　年　　月　　日

上記内容について、事実と相違ありません。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　被実務（業務）経験証明者氏名