

年 月 日

業務（実務）経験被証明者 _____ に係る勤務状況報告書

宮崎県知事 殿

実務に従事した薬局、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：

印

代表者氏名：

店舗管理者：

印

上記の者の一般用医薬品販売に係る業務（実務）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： _____

※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。

※業務（実務）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。

.....
上記内容について事実と相違ありません。

（被実務経験証明者）氏 名：

印