

## 被実務（業務）経験証明書に係る勤務状況報告書

滋賀県知事

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〕  
薬局開設者又は  
医薬品販売業者の氏名  
〔法人にあっては、名称  
及び代表者氏名〕  
管 理 者 氏 名

被実務（業務）証明者の一般用医薬品の販売に係る実務（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 ~ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月（過去5年間）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。  
 ※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。

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：