年　　　　月　　　日

業務(実務)経験被証明者　　　　　　　　　　　　　　　に係る勤務状況報告書

　沖縄県知事　　殿

業務(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：

※管理者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　印

上記の者の一般用医薬品（要指導医薬品）販売に係る業務(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　　　月分の勤務状況**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 従事期間（１か月単位） | 従事日数 | 勤務時間 |  |  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 |  | 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：**

○医薬品販売以外を兼務しているなどの理由で、「勤務時間」と「根拠としたもの」の時間が異なる場合で、勤務時間が正しいことを客観的に判断できる根拠がないときは、虚偽報告とみなされることがあります。

○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すること。

上記内容について事実と相違ありません。　（被証明者）氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　 印