様式６（新配置）

業務（実務）経験被証明者　　　　　　　　に係る勤務状況報告書

　　　　年　　月　　日

　佐賀県知事　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

薬局開設者又は医薬品販売業者の氏名

法人にあっては、名称及び代表者の氏名

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、求めがあれば提出いたします。

**年　　　月 ～　　　　　年　　　月（過去５年間）の勤務状況**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 従事期間（１ケ月単位） | 従事日数 | 勤務時間 |  | 従事期間（１ケ月単位） | 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 |
| 　 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 |
| 　 　　　年　 　月　 　日～　 　　　年　 　月　 　日 | 計　　　時間　　　　分 | 　 　　　年　 　月　 　日～　 　　　年　 　月　 　日 | 計　　　時間　 　　分 |

**根拠としたもの：**

※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。

※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。

上記内容について事実と相違ありません。

（被証明者）氏　名：