**勤 務 状 況 報 告 書**

年　　月　　日

　茨城県知事

茨城県　　　　　　保健所長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬局開設者等住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬局開設者等氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者氏名

　下記の者の業務経験（実務従事）証明書に記載した勤務状況について，以下のとおりであることを報告します。

　なお，本報告に係る根拠資料については，求めがあれば提供します。

記

１　氏名等

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　（生年月日：　　　　　年　　月　　日） |

２　勤務状況

|  |
| --- |
| 　　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 |
| 根拠とした書類 |  |

※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。

※業務経験（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。

本報告内容について事実と相違ありません。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被証明者）氏名