

健康サポート薬局研修修了証交付申請のための履歴書

●下記注意事項をお読みになりご記入ください。

就業年月	離職年月	経験年月数	薬局における実務経験(薬局店舗名を記載)	1ヶ月当たりの勤務時間数
年 月	年 月	年 月		時間
年 月	年 月	年 月		時間
年 月	年 月	年 月		時間
年 月	年 月	年 月		時間
年 月	年 月	年 月		時間
年 月	年 月	年 月		時間
年 月	年 月	年 月		時間
年 月	年 月	年 月		時間
年 月	年 月	年 月		時間
年 月	年 月	年 月		時間

上記記載のとおり、相違ありません。

年 月 日

氏名
(署名)

印

注意事項

1. 薬局における実務経験のうち、**1ヶ月当たりの勤務時間が80時間以上のものを記載**すること。
1ヶ月当たりの勤務時間数が一定でない場合は、最短のものが80時間以上であることを要する。
この場合、1ヶ月当たりの勤務時間数欄には、最短の時間数を記載すること。
2. 薬局における実務経験欄には、薬局を開設している会社名のみの記載ではなく、**薬局店舗名**を記載すること
3. 用紙1枚では記載しきれない場合は、複数枚を使用すること。
4. 署名及び捺印をすること。
5. 実務経験を担保する書類(採用辞令など)は添付不要であるが、確認が必要な場合は書類を提出すること。