

健康サポート薬局研修修了証交付申請のための履歴書

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週間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
年 月	年 月	年 月		時間

上記記載のとおり、相違ありません。

平成（20）年 月 日

氏名

印

（署名）

注意事項

1. 薬局における実務経験のうち、1週間当たりの勤務時間が20時間以上のものを記載すること。
1週間当たりの勤務時間数が一定でない場合は、最短のものが20時間以上であることを要する。
この場合、1週間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、薬局店舗名を記載すること。薬局を開設している会社名のみ記載は不可である。
3. 用紙1枚では記載しきれない場合は、複数枚を使用して良い。
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、必要に応じて確認することがある。