

勤務状況報告書

年 月 日

薬局開設者又は
医薬品販売業者の住所
法人の場合は主たる
事務所の所在地
薬局開設者又は
医薬品販売業者の氏名
法人の場合は名称
及び代表者氏名

下記の者の勤務状況について、以下のとおり報告します。なお、本報告に係る根拠については、求めがあれば提供します。

記

氏 名										
住 所										
薬局又は店舗の名称										
許可番号	第 号									
薬局若しくは店舗の所在地 又は配置販売業の区域										
業務期間（1 か月単位で記載）					従事日数		従事時間			
年	月	日	～	月	日	日	時間	分		
年	月	日	～	月	日	日	時間	分		
年	月	日	～	月	日	日	時間	分		
年	月	日	～	月	日	日	時間	分		
年	月	日	～	月	日	日	時間	分		
年	月	日	～	月	日	日	時間	分		
年	月	日	～	月	日	日	時間	分		
年	月	日	～	月	日	日	時間	分		
年	月	日	～	月	日	日	時間	分		
年	月	日	～	月	日	日	時間	分		
年	月	日	～	月	日	日	時間	分		
年	月	日	～	月	日	日	時間	分		
年	月	日	～	月	日	日	時間	分		
年	月	日	～	月	日	日	時間	分		
年	月	日	～	年	月	日	計	時間	分	
根拠とした書類										

(注意)

- 2 12 か月を超える期間の勤務状況を報告する場合、従事期間の合計欄に「別添のとおり」と記載し、別添に業務期間等を記載して提出してください。

(別添)

[illegible]