

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～ 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）

- 1 配置販売業の場合、「薬局又は店舗の名称」は空欄としてください。
- 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。

