

勤務状況報告書

年 月 日

薬局開設者又は 千 一

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 ～ 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。

(別添)

[illegible]