

従事者 _____ に係る勤務状況報告書

年 月 日

薬局、店舗又は
配置販売業の名称 _____

薬局若しくは店舗の所在地
又は配置販売業の区域 _____

薬局開設者又は医薬品の販売業者氏名
(法人にあっては、名称及び代表者の氏名) _____

上記の者の一般用医薬品販売に係る業務（実務）経験について、次のとおり報告します。なお、本証明に係る根拠資料については、貴県より求めがあれば提供いたします。

_____年 _____月 ~ _____年 _____月分の勤務状況

従事期間（1か月単位）	従事日数	勤務時間
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分

従事期間（1か月単位）	従事日数	勤務時間
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分

根拠としたもの： _____

※月の中日から翌月の前日までを1か月単位としてもよい。

※業務（実務）従事証明書、業務（実務）従事確認書1枚ごとに対応する期間の勤務状況報告書を添付すること。

上記内容について事実と相違ありません。

(従事者) 氏 名：

(記載時の注意事項)

項目	注意事項
標題	<input type="checkbox"/> 従事者の氏名を記入してください。
薬局、店舗又は配置販売業の名称	<input type="checkbox"/> 業務（実務）従事証明書、業務（実務）従事確認書1枚につき、それぞれ1枚提出してください。
	<input type="checkbox"/> 業務（実務）従事証明書、業務（実務）従事確認書に合わせて記載してください。
薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域	<input type="checkbox"/> 業務（実務）従事証明書、業務（実務）従事確認書に合わせて記載してください。
薬局開設者又は医薬品の販売業者氏名	
業務（実務）期間	<input type="checkbox"/> 業務（実務）従事証明書、業務（実務）従事確認書の『1 業務（実務）期間』に合わせて記載してください。
従事期間	月の中日から翌月の前日までを1ヶ月単位としても構いません。
根拠としたもの	<input type="checkbox"/> 根拠としたもの（タイムカード・出勤簿など）を記載してください。これについては、提出を求める場合がありますので、注意してください。
その他	<input type="checkbox"/> 従事期間が一枚に記載できない場合は、用紙を追加して記載してください。