

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～ 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。

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～ 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