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～　　　　　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）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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～　　　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 |