

# 勤務状況報告書

宇都宮市保健所長 様

薬局開設者又は医薬品の販売業者住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

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

印

報告書作成担当者氏名 :

(連絡先電話番号 :

)

下記の者の業務従事証明書又は実務従事証明書に記入した勤務状況について、以下のとおり報告します。なお、本報告に係る根拠書類については、求めがあれば提出します。

氏 名	(生年月日 : 年 月 日)
勤 務 施 設	名称 : 業態 : (許可番号 : )
勤務施設所在地又は 配置販売業の区域	

年 月 日 ~ 年 月 日の勤務状況 (過去5年間)

根拠書類 : [ ]

業務又は実務の期間 (1か月単位で記載)	従事日数	従事時間
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
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

(注意) 根拠書類は、従事時間に関する記録が客観的に確認でき、医薬品に係る業務又は実務に係る具体的な従事内容が記録された書類であること。