勤務状況報告書

年　　月　　日

薬局開設者又は医薬品の販売業者

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）

作成担当者

連絡先電話番号

下記の者の業務従事証明書、実務従事証明書、業務従事確認書又は実務従事確認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、本報告に係る根拠については、求めがあれば提供します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | （生年月日・　　　年　　　月　　　日） | | | |
| 住　所 |  | | | |
| 従事期間（1か月単位） | | 従事時間 | 従事期間（1か月単位） | 従事時間 |
| 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | 時間　　分 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | 時間　　分 |
| 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | 時間　　分 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | 時間　　分 |
| 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | 時間　　分 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | 時間　　分 |
| 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | 時間　　分 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | 時間　　分 |
| 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | 時間　　分 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | 時間　　分 |
| 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | 時間　　分 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | 時間　　分 |
| 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | 時間　　分 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | 時間　　分 |
| 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | 時間　　分 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | 時間　　分 |
| 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | 時間　　分 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | 時間　　分 |
| 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | 時間　　分 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | 時間　　分 |
| 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | 時間　　分 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | 時間　　分 |
| 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | 時間　　分 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | 時間　　分 |
| 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | 計　　　　　時間　　　　分 | |
| 根拠とした書類 | |  | | |

※従事期間の算定にあたっては、月の任意の日から起算して１か月間とすることができる。

※業務・実務従事証明書(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。

※「根拠とした書類」としては、労働時間の記録に関する書類（出勤簿、タイムカード等）、労働基準法の規定により作成される賃金台帳等、労働時間に関する記録が客観的に確認できるものを記載すること。

　　　　年　　 月　　 日

上記内容について事実と相違ありません。

（被証明者）氏　名