

(別添様式)

勤務状況報告書

年 月 日

神奈川県 保健福祉事務所長 殿

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)
 管理者氏名

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、本報告に係る根拠については、求めがあれば提供します。

記

氏 名					
住 所					
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					
業務期間 (1 か月単位で記載)	従事日数		従事時間		
月 日～ 月 日	日間		時間	分	
月 日～ 月 日	日間		時間	分	
月 日～ 月 日	日間		時間	分	
月 日～ 月 日	日間		時間	分	
月 日～ 月 日	日間		時間	分	
月 日～ 月 日	日間		時間	分	
月 日～ 月 日	日間		時間	分	
月 日～ 月 日	日間		時間	分	
月 日～ 月 日	日間		時間	分	
月 日～ 月 日	日間		時間	分	
年 月 日～ 年 月 日	計		時間	分	
根拠とした書類					

上記内容について、事実と相違ありません。

(被証明者) 氏名