

勤 務 状 況 報 告 書

盛岡市保健所長 様

業務（実務）に従事した薬局、店舗
 又は配置販売業の名称：
 所在地：
 （許可番号： ）（業種： ）
 薬局開設者又は医薬品の販売業者名：
 代表者氏名：

被証明者（ ）の一般用医薬品販売に係る業務又は実務経験について、下記のとおり報告します。
 なお、本証明に係る根拠とした資料については、盛岡市から求めがあれば提出いたします。

記

___年___月 ～ ___年___月分の勤務状況

（※業務（実務）従事証明書又は業務（実務）従事確認書で証明した業務（実務）期間すべてについて勤務状況報告書を添付すること。）

従事期間（1ヶ月単位で記載）	従事日数	従事時間 (分単位は切り捨て)
年 月 日 から 年 月 日まで	日間	時間
年 月 日 から 年 月 日まで	日間	時間
年 月 日 から 年 月 日まで	日間	時間
年 月 日 から 年 月 日まで	日間	時間
年 月 日 から 年 月 日まで	日間	時間
年 月 日 から 年 月 日まで	日間	時間
年 月 日 から 年 月 日まで	日間	時間
年 月 日 から 年 月 日まで	日間	時間
年 月 日 から 年 月 日まで	日間	時間
年 月 日 から 年 月 日まで	日間	時間
年 月 日 から 年 月 日まで	日間	時間
年 月 日 から 年 月 日まで	日間	時間
年 月 日 から 年 月 日まで	日間	時間
年 月 日 から 年 月 日まで	日間	時間
年 月 日 から 年 月 日まで	日間	時間
年 月 日 から 年 月 日まで	日間	時間
年 月 日 から 年 月 日まで	日間	時間
年 月 日 から 年 月 日まで	日間	時間
年 月 日 から 年 月 日まで	日間	時間
年 月 日 から 年 月 日まで	日間	時間
年 月 日 から 年 月 日まで	日間	時間
年 月 日 から 年 月 日まで	日間	時間
年 月 日 から 年 月 日まで	日間	時間
年 月 日 から 年 月 日まで	日間	時間
年 月 日 から 年 月 日まで	日間	時間
年 月 日 から 年 月 日まで	日間	時間
従事した期間の合計	年 月間	合計 時間

根拠としたもの： _____

上記内容について事実と相違ありません。（従事被証明者）氏 名： _____

(注意)

- 1 業務（実務）従事証明書又は業務（実務）従事確認書1枚ごとに対応する期間の勤務状況報告書を作成すること（上表で足りない場合は別紙で添付可）。
- 2 業務（実務）従事証明書又は業務（実務）従事確認書に記載した業務（実務）期間におけるすべての月の勤務状況（従事期間及び勤務日数（勤務しなかった日数は除くこと。))について記載すること。一か月に80時間以上従事した月を証明する場合は、その月の分のみ記載し、月当たりの時間数にかかわらず月単位で従事した月を証明する場合は、従事した月の分のみ記載すること。
- 3 根拠書類としては、労働基準法の規定により作成される賃金台帳、労働時間の記録に関する書類（出勤簿、タイムカード等）など、労働時間に関する記録が客観的に確認できるものに加え、業務経験等に係る具体的な勤務内容を記録した書類を指すこと。
- 4 配置販売業にあっては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。