年　　月　　日

**に係る勤務状況報告書**

　金沢市保健所長 殿

業務及び実務に従事した

薬局、医薬品販売業の名称：

所在地：

薬局開設者又は医薬品の販売業者名：

代表者氏名：

管理者氏名：

　上記の者の一般用医薬品販売に係る業務及び実務について、下記のとおり報告します。なお、本証明に係る根拠資料については、金沢市より求めがあればすみやかに提供いたします。

**年　　　月　～　　　　　　年　　　月分の勤務状況**

|  |  |
| --- | --- |
| 一般用医薬品販売に係る | 一般用医薬品販売に係る |
| 従事期間(1か月単位で記載) | 従事日数 | 勤務時間 | 従事期間(1か月単位で記載) | 従事日数 | 勤務時間 |
| 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
|  | 以下、別紙のとおり |

**根拠とした資料の名称：**

※１　根拠資料については、時間のみではなく業務及び実務内容もわかるものとすること。

※２　業務及び実務従事証明書に対応する勤務状況報告書とすること。

上記内容について事実と相違ありません。

　　　　　　　　　　　　　　　（被証明者）氏　名：

別　紙

|  |  |
| --- | --- |
| 一般用医薬品販売に係る | 一般用医薬品販売に係る |
| 従事期間(1か月単位で記載) | 従事日数 | 勤務時間 | 従事期間(1か月単位で記載) | 従事日数 | 勤務時間 |
| 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |
| 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 | 　　　　　年　　　月 | 日間 | 時間　 分 |