

に係る勤務状況報告書

石川県知事 殿

業務に従事した薬局、
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： 印
管理者氏名： 印

上記の者の一般用医薬品販売に係る業務について、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、石川県より求めがあればすみやかに提供いたします。

平成 年 月 ～ 平成 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
平成 年 月	日間	時間 分	平成 年 月	日間	時間 分
平成 年 月	日間	時間 分	平成 年 月	日間	時間 分
平成 年 月	日間	時間 分	平成 年 月	日間	時間 分
平成 年 月	日間	時間 分	平成 年 月	日間	時間 分
平成 年 月	日間	時間 分	平成 年 月	日間	時間 分
平成 年 月	日間	時間 分	平成 年 月	日間	時間 分
平成 年 月	日間	時間 分	平成 年 月	日間	時間 分
平成 年 月	日間	時間 分	平成 年 月	日間	時間 分
平成 年 月	日間	時間 分	平成 年 月	日間	時間 分
平成 年 月	日間	時間 分	平成 年 月	日間	時間 分
平成 年 月	日間	時間 分	平成 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内容もわかるものとする。
- ※2 業務従事証明書に対応する勤務状況報告書を添付すること。

.....
上記内容について事実と相違ありません。

(被証明者) 氏 名： _____ 印

