

神戸市保健所長あて

被実務(業務)従事証明者  
被実務(業務)従事確認者

登録販売者  
氏名

に係る勤務状況報告書

(薬局開設者又は医薬品店舗販売業者)

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)

実務(業務)期間における上記の者の勤務状況について、下記のとおり報告します。  
なお、本報告内容の根拠とした下記の帳簿類につきましては神戸市からの求めがあれば直ちに提出します。

勤務した薬局 又は店舗の名称	許可番号	左記店舗の所在地
-------------------	------	----------

実務(業務)期間(1ヶ月単位で記載)	実務(業務)日数	勤務時間	実務(業務)期間(1ヶ月単位で記載)	実務(業務)日数	勤務時間
年 月 日 ~ 日	日間	時間 分	年 月 日 ~ 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 日	日間	時間 分	年 月 日 ~ 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 日	日間	時間 分	年 月 日 ~ 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 日	日間	時間 分	年 月 日 ~ 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 日	日間	時間 分	年 月 日 ~ 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 日	日間	時間 分	年 月 日 ~ 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 日	日間	時間 分	年 月 日 ~ 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 日	日間	時間 分	年 月 日 ~ 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 日	日間	時間 分	年 月 日 ~ 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 日	日間	時間 分	年 月 日 ~ 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 日	日間	時間 分	年 月 日 ~ 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 日	日間	時間 分	年 月 日 ~ 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 日	日間	時間 分	年 月 日 ~ 日	日間	時間 分
年 月 日 ~ 日	日間	時間 分	年 月 日 ~ 日	日間	時間 分

上記の報告内容の根拠とした帳簿類(電磁的記録を含む。)の名称: \_\_\_\_\_