

勤務状況報告書

令和 年 月 日

那覇市保健所長 宛

業務又は実務に従事した薬局、店舗
又は配置販売業等の名称：
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：

印
印

被証明者（ ）の一般用医薬品販売に係る業務又は実務状況について、下記の通り報告します。なお、本証明に係る根拠とした資料については、那覇市より求めがあれば提出いたします。

記

年 月～年 月分の勤務状況

従事期間（1ヶ月単位）	勤務時間（分単位は切り捨て）
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間

従事期間（1ヶ月単位）	勤務時間（分単位は切り捨て）
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	時間
年 月 日～月 日	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： _____ 印

(注意)

- 業務又は実務従事証明書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）。
- 過去5年において、業務又は実務に従事した期間を記載すること。但し、従事期間については、月単位で1か月に80時間以上従事した期間を記載すること。
- 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を指す。