

# 勤務状況証明書

年 月 日

薬局開設者又は医薬品の販売業者

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 )

(記名押印又は署名)

別紙のとおり(業務・実務)従事証明を行った以下の者の勤務状況について、下記のとおり証明します。

氏名	(生年月日 年 月 日)
住所	
販売従事登録年月日 及び登録番号	

## 記

従事した薬局、店舗 の名称及び許可番号	
------------------------	--

従事した年	(例)2021 年	年	年	年	年	年
月	従事時間	従事時間	従事時間	従事時間	従事時間	従事時間
1月	時間	時間	時間	時間	時間	時間
2月	時間	時間	時間	時間	時間	時間
3月	時間	時間	時間	時間	時間	時間
4月	77.50 時間	時間	時間	時間	時間	時間
5月	162.75 時間	時間	時間	時間	時間	時間
6月	147.25 時間	時間	時間	時間	時間	時間
7月	155 時間	時間	時間	時間	時間	時間
8月	162.75 時間	時間	時間	時間	時間	時間
9月	147.25 時間	時間	時間	時間	時間	時間
10月	147.25 時間	時間	時間	時間	時間	時間
11月	162.75 時間	時間	時間	時間	時間	時間
12月	162.75 時間	時間	時間	時間	時間	時間

※ 従事証明書により証明している従事した期間の勤務状況について、従事した年欄に従事した年を1年ずつ記載するとともに、当該年内において従事した月ごとの従事時間を記載すること。

※ 従事時間が0時間の月については、空欄とすること。

※ 1時間未満の従事時間は、時間に換算して記載すること。

注意 この証明書は、「業務従事証明書(様式第8号)」又は「業務・実務従事証明書(様式第9号)」を補足するものであり、この証明書のみで適切な資格者の管理・指導の下で所定の業務等に従事したことを証明するものではない。