

使用関係証明書

年 月 日

使用者	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）

被使用者	住所
	氏名

私どもは、下記の条件のもとに使用関係にあることを証します。

記

1 業務（該当するものに○を付けてください。）

- 管理薬剤師
- 店舗管理者
- 高度管理医療機器等販売業（貸与業）営業所管理者
- 管理医療機器販売業（貸与業）営業所管理者
- 毒物劇物取扱責任者
- その他の薬剤師
- その他の登録販売者

2 勤務する薬局・店舗・営業所

名 称	
所 在 地	
勤 務 日 時	
週当たり勤務時間数	