

# 使用関係証明書

資格者 住 所  
氏 名

生年月日 年 月 日生

上記の者は、次のとおり使用関係にあることを証明します。

1 勤務内容

管理者

(管理者の場合、他の勤務地において薬事に関する業務に従事しない者である。)

管理者以外の従事者

2 資格

薬剤師

登録販売者

その他 ( )

3 勤務場所

所在地

名称

4 上記3における勤務時間

週当たり勤務時間数

時間

勤務時間

時から

時まで

休日

5 その他

平成 年 月 日

使用者 住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

印