

使用関係を証する書類

被使用者 住所
氏名

上記の者と下記の条件で使用関係にあることを証します。

記

1 勤務する薬局、営業所又は店舗

- ・名称：
- ・所在地：

2 勤務時間等

- ・週当たりの勤務時間：_____時間

※週当たりの勤務時間は、通常の勤務における時間を記入すること。

3 業務（下記の該当項目を○で囲むこと）

- ・管理者（薬剤師・登録販売者）
- ・その他の薬剤師
- ・その他の登録販売者
- ・高度管理医療機器販売業・貸与業管理者
- ・毒物劇物取扱責任者

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〕