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

（　）総括製造販売責任者・製造管理者（薬局製剤）

（　）店舗管理者

（　）区域管理者

（　）医薬品卸売販売業営業所管理者

（　）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

（　）再生医療等製品販売業営業所管理者

（　）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

（　）配置従事者（薬剤師）

（　）配置従事者（登録販売者）

（　）配置従事者（一般従事者）

（　）登録販売者（販売従事登録）

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 |  |