使 用 関 係 証 明 書

資格者　住　所

　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　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

　　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