

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 ※該当項目に☑

週当たりの勤務時間： _____ 時間

出勤日： 月 火 水 木 金 土 日 不定期

3 業務内容 ※該当項目に☑

管理者（ 薬局 店舗販売業 卸売販売業 薬局製剤製造業）

その他の薬剤師（ 常勤 非常勤 派遣）

その他の登録販売者（ 常勤 非常勤 研修中 派遣）

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

薬局製剤総括製造販売責任者

その他（ _____ ）

令和 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〕