**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