**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