

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
- ☐ 医療機器修理業責任技術者
- ☐ 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・事業所

名	称	
所	在	地
勤	務	日 時
週当たり勤務時間数		