

使用関係を証する書類

捨印

捨印

下記のとおり、使用関係にあることを証します。

記

1 勤務する薬局、製造所、営業所又は店舗

- ・ 名 称：
- ・ 所在地：
- ・ 連絡先(TEL)：

2 勤務時間等

- ・ 週当りの勤務時間： _____ 時間
※週当たりの勤務時間は、通常の勤務における時間を記入すること。
- ・ 勤務形態（勤務日時やシフト勤務等を記載すること）

3 業務（下記の該当項目を○で囲むこと）

- ・ 管理者 （ 薬剤師 ・ 登録販売者 ・ その他（ ））
- ・ 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 ・ 派遣 ）
- ・ 高度管理医療機器販売業・貸与業管理者
- ・ 医療機器修理業責任技術者
- ・ 再生医療等製品販売業管理者
- ・ 医薬品の販売に従事する者（販売従事登録申請用）

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

印

〒

被使用者 住 所

氏 名

印

※氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載すること。