使用関係証明書

<table>
<tr><td rowspan="5">被使用者</td><td>住　所</td><td colspan="3">〒</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>種　別</td><td>☐ 薬剤師</td><td>☐ 登録販売者</td><td>☐ その他</td></tr>
<tr><td>勤務内容</td><td colspan="2">☐ 管理者等</td><td>☐ 管理者以外の従事者</td></tr>
<tr><td rowspan="5">勤務施設等</td><td>名　称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">業　態</td><td colspan="2">☐ 薬局</td><td>☐ 店舗販売業</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐ 高度管理医療機器
販売（貸与）業</td><td>☐ 毒物劇物販売業</td></tr>
<tr><td colspan="3">☐ その他（　　）</td></tr>
</table>

上記のとおり使用関係にあることを証明します。

年　　月　　日

（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

住所

（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

氏名

（注意）

管理者及び毒物劇物取扱責任者は常勤であること。