

使用関係証明書

私どもは下記のとおり使用関係にあることを証します。

年 月 日

使用者 住所
〔 法人にあつては、主たる
事務所の所在地 〕
氏 名
〔 法人にあつては、名称 〕
及び代表者の氏名

被使用者 住所
氏 名

記

業 務		管 理 者 ・ その他の薬剤師 ・ その他の登録販売者		
薬局・ 店舗・ 営業所	名 称			
	所在地			
	許可番号			
勤 務 時 間	月 曜 日			
	火 曜 日			
	水 曜 日			
	木 曜 日			
	金 曜 日			
	土 曜 日			
	日 曜 日			
薬局・店舗・営業所 ごとの勤務時間数				
休 日				
週当たりの勤務 時間数の合計				

備 考

- 1 配置販売業の場合は、所在地については「配置販売業の営業の区域」を記入してください。
- 2 薬局又は店舗販売業であって、シフト勤務等のため勤務時間を記入できない場合にあつては、「業務」、「薬局・店舗・営業所の名称」及び「薬局・店舗・営業所の所在地」の欄のみ記入とすること。（なお、通常の勤務日が特定できない者の勤務時間は、薬局又は店舗における薬剤師及び登録販売者の勤務時間の総和の時間に算入することができません。）
- 3 「週当たりの勤務時間数の合計」の欄には、勤務する全ての薬局又は店舗における勤務時間数の合計を記入すること。