

使用関係証明書

被 使 用 者	住 所			
	氏 名			
	種 別	<input type="checkbox"/> 薬剤師 • <input type="checkbox"/> 登録販売者		
		<input type="checkbox"/> その他 ()		
	登録番号等			
	登録年月日等	年	月	日
勤 務 内 容	<input type="checkbox"/> 管理者等 (業態 :)			
	<input type="checkbox"/> 管理者以外の従事者			
勤 務 施 設 等	名 称			
	所在 地			
	業 態		許可番号	
	勤務日		勤務時間	時間 (週あたり)
	勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤 • <input type="checkbox"/> 非常勤 • <input type="checkbox"/> 派遣		

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)

- 種別、勤務内容及び勤務形態の欄について、該当する項目にレ点を入れる等して分かることを記載してください。
- 販売従事登録申請の場合、「被使用者」の「種別」は空欄としてください。
- 「勤務内容」について、管理者・責任者の場合は、() 内に業態（薬局、店舗販売業、高度管理医療機器等販売業・貸与業等）を記載してください。
- 販売従事登録申請以外の手続きに本様式を使用する場合、「勤務施設」の「業態」、「許可番号」は空欄として差し支えありません。
- 共同発送センターについては、卸売販売業者及び共同設置者により証明してください。