

# 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)

- 1 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よう記載してください。
- 2 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。
- 3 「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。
- 4 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。
- 5 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。