

(薬局用)

使用関係証明書

年 月 日

使用者 住 所
(法人にあつては、主たる事業所の所在地)
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

私どもは、下記薬局において使用関係にあることを証明します。

記

1 薬局の名称

2 薬局の所在地

3 勤務時間

4 休日

5 勤務開始 (予定) 日

年 月 日

6 業務内容

薬局管理者 (薬局製剤医薬品製造管理者 薬局製剤医薬品等総括製造販売責任者)

その他の薬剤師 (調剤に従事・医薬品販売に従事・特定販売に従事)

その他の登録販売者