|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被使用者 | 住所 | 〒 |
|  |
| 氏名 |  |
| 種別 | [ ]  薬剤師 | [ ]  登録販売者 | [ ]  その他 |
| 勤務　内容 | [ ]  管理者等 | [ ]  管理者以外の従事者 |
| 勤務施設等 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 業態 | [ ]  薬局 | [ ]  店舗販売業 |
| [ ]  高度管理医療機器 販売（貸与）業 | [ ]  毒物劇物販売業 |
| [ ]  その他（ ） |

使用関係証明書

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。