|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。