|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被使用者 | 住所 |  | | | |
| 氏名 |  | | | |
| 種別 | 薬剤師　　・　　登録販売者  　その他（　　　　　　　　　） | | | |
| 登録番号等 |  | | |
| 登録年月日等 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 勤務  内容 | 管理者等 | （業態：　　　　　　　　　　） | | |
| 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 | 常勤　　・　　　非常勤　　・　　　派遣 | | | |

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）

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　配置販売業の場合、「勤務施設名称」は空欄とし、「所在地」に区域を記載してください。

４　「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。

５　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。