様式５

使 用 関 係 を 証 す る 書 類

捨印

捨印

下記のとおり，使用関係にあることを証します。

記

１　勤務する薬局，製造所，営業所又は店舗
- 名　称：
- 所在地：
- 連絡先(TEL)：

２　勤務時間等
- 週当りの勤務時間：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿時間

※週当たりの勤務時間は，通常の勤務における時間を記入すること。

- 勤務形態（勤務日時やシフト勤務等を記載すること）

（　　）

３　業務（下記の該当項目を〇で囲むこと）
- 管理者　　（ 薬剤師 ・ 登録販売者 ・ その他（　　））
- その他の薬剤師　（ 常勤 ・ 非常勤 ・ 派遣 ）
- その他の登録販売者（ 常勤 ・ 非常勤 ・ 派遣 ）
- 高度管理医療機器販売業・貸与業管理者
- 医療機器修理業責任技術者
- 再生医療等製品販売業管理者
- 医薬品の販売に従事する者（販売従事登録申請用）

平成　　年　　月　　日

使 用 者　　住　　所
（法人にあっては，主たる事務所の所在地）

氏　　名　　印
（法人にあっては，名称及び代表者の氏名）

〒

被使用者　　住　　所

氏　　名　　印

※氏名については，記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載すること。