

使用関係証明書

被 使 用 者	住 所	埼玉県越谷市〇〇1-2-3		
	氏 名	越谷 がーや		
	種 別	<input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師 ・ <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		登録番号等	123456号	
		登録年月日等	令和元年4月15日	
勤 務 内 容	<input checked="" type="checkbox"/> 管理者等 (業態: 薬局) <input type="checkbox"/> 管理者以外の従事者			
勤 務	名 称	越谷市保健所薬局		
	所在地	埼玉県越谷市東越谷10-31		
施 設	業 態	薬局	許可番号	第●●●●●号
	勤務日	月～金	勤務時間	40時間 (週あたり)
等	勤 務 形 態	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 ・ <input type="checkbox"/> 非常勤 ・ <input type="checkbox"/> 派遣		

上記のとおり使用関係にあることを証明します。

令和6年 4月 1日

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

住所 埼玉県越谷市東越谷10-31

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

氏名 株式会社越谷市保健所薬局

代表取締役 越谷 太郎

(注意)

- 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。
- 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。
- 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。
- 「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。
- 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。