**使 用 関 係 を 証 す る 書 類**

様式５

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○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）

　　　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。