

使用関係を証する書類

年 月 日

岐阜市保健所長 様

雇主住所

雇主氏名

下記事項のとおり使用していることを証します。

雇 者	氏名	
	住所	
勤務する 薬局、店舗 又は配置販売業	名称	
	所在地又は 区域	
業	務	☐管理薬剤師（☐常勤） ☐勤務薬剤師（☐常勤 ☐非常勤 ☐派遣） ☐登録販売者（管理者 ☐常勤） ☐登録販売者（過去5年間のうち2年以上の実務又は業務の経験：☐有 ☐無） （☐常勤 ☐非常勤 ☐派遣） ☐高度管理医療機器等販売業・貸与業管理者 ☐管理医療機器販売業・貸与業管理者 ☐毒物劇物取扱責任者 ☐一般従事者（登録販売者試験合格者・配置販売業一般従事者） ☐その他（ ）
勤 務 日 及 び 勤 務 時 間		

- (注意)
- 1

用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。
- 2

字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3

勤務日及び勤務時間は、1週間に勤務する通常の曜日及び通常の勤務時間を記載すること。
変形労働時間制の場合、月〇日または週〇日、1日〇時間などの記載でも可。