

使用関係証書

次のとおり、使用関係にあることを証明します。

記

- 勤務場所の名称
所在地
- 勤務時間
時間/週
- 休日
- 管理者の場合、他の勤務地において薬事に関する業務に従事しないこと。
- 毒物劇物取扱責任者の場合、上記店舗専任の業務を行うこと。

年 月 日

雇用者 住所

氏名

被雇用者（管理者・その他薬剤師又は登録販売者・毒物劇物取扱責任者）

住所

氏名

大 阪 市 長