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

　１　勤務場所の名　称

　　　　　　　　所在地

　２　勤務時間　　　　　　　　　　　　　　　　　　時間/週

　３　休　　日

４　管理者の場合、他の勤務地において薬事に関する実務に従事しないこと。

　５　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。

　令和　　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