使 用 関 係 証 明 書

薬局等開設者　　　住　所

　　　　　　　　　　　氏　名

労働者派遣事業者　　　住　所

　　　　　　　　　　　氏　名

勤務薬剤師　　　住　所

　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　生年月日

下記条件のとおり使用関係にあることを証明いたします。

記

１．　勤務薬剤師勤務日

　　　（店舗営業日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２．　勤務薬剤師勤務時間　　　　　　　　時　　　　　分　から　　　　　時　　　　　分　まで

　　　（店舗営業時間　　　　　　　　　　時　　　　　分　から　　　　　時　　　　　分　まで）

３．　業務　　　　勤務薬剤師

　　　　　　　　　（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則

第９条（同法第27条において準用する場合を含む。）及び同法第15条（同法

第23条において準用する場合を含む。）に規定する管理者以外の薬剤師）

４．　備考

　　　当該勤務薬剤師に変更が生じた場合には、30日以内に届け出ること。

以上