

証 明 書

資格者 住 所

氏 名

年 月 日生

1 勤務内容

(1) 管 理 者※

(2) 管理者以外の従事者

〔 薬局・店舗販売業・卸売販売業
高度管理医療機器等販売業等
再生医療等製品販売業
その他（ ） 〕

※派遣労働者は管理者になることはできません。

2 資 格

(1) 薬 剤 師 (2) 登録販売者

(3) そ の 他 (医薬品医療機器等法施行規則 第 条 第 項 第 号 該当)

3 勤務場所

所 在 地

名 称

電 話 番 号

4 上記3における勤務時間

週当たり勤務時間数 時間

勤 務 時 間 時から 時まで

上 記 の 者 の 休 日

5 その他

上記のとおり使用関係にあることを証明します。

年 月 日

開設者 住 所

〔 法人にあつては、主たる事務所の所在地 〕

氏 名

〔 法人にあつては、名称及び代表者の氏名 〕