|  |
| --- |
| 証明書資格者　住所　氏名年　　　月　　　日生１　勤務内容（1）区域管理者※（2）区域管理者以外の従事者　※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（薬事法施行規則 第　　　条 第　　項 第　　号　　該当）３　配置区域　　神奈川県一円（その他：　　　　　　　　　　　　　　　　）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　　　日雇用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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |