|  |
| --- |
| 証明書資格者　住所　氏名年　　　月　　　日生１　勤務内容薬局 ・ 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（　　　　　　　　　　　　）（1）管理者※（2）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（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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |