|  |
| --- |
| 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 |