



証

書

私どもは下記事項を条件として使用関係にある
ことを証します。

証明した日をご記入下さい。

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

使 用 者 住 所 東京都町田市中町二丁目〇番〇号
〔法人にあつては、主たる
事務所の所在地〕

氏 名 株式会社〇〇薬品
〔法人にあつては、名称
及び代表者の氏名〕 代表取締役 町田 花子

被 使 用 者 住 所 東京都町田市図師町〇〇〇番地〇号

氏 名 町田 四郎

記

1 業 務 管理者（薬剤師・登録販売者・ ）

勤務薬剤師（常勤、非常勤、派遣）

勤務登録販売者（常勤、非常勤、派遣）

高度管理医療機器等販売業・貸与業管理者

毒物劇物取扱責任者

2 勤務時間 午前 9 時 0 0 分 から 午後 5 時 0 0 分 まで

3 勤務日 週 5 日 （ 月 曜 日 から 金 曜 日 まで ）

備 考

- 1 勤務日は、1週間に勤務する日数及び曜日を記載すること。
- 2 該当する文字に丸を付けること。