

使用関係を証する書類

年 月 日

岐阜県知事 様

雇主住所

雇主氏名

下記事項のとおり使用していることを証します。

雇 者	氏名	
	住所	
勤務する 薬局、店舗 又は配置販売業	名称	
	所在地又は 区域	
業 務	<input type="checkbox"/> 管理薬剤師（ <input type="checkbox"/> 常勤） <input type="checkbox"/> 勤務薬剤師（ <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 派遣） <input type="checkbox"/> 登録販売者（管理者 <input type="checkbox"/> 常勤） <input type="checkbox"/> 登録販売者（過去5年間のうち2年以上の実務又は業務の経験： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 派遣） <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器等販売業・賃貸業管理者 <input type="checkbox"/> 管理医療機器等販売業・貸与業管理者 <input type="checkbox"/> 毒物劇物取扱責任者 <input type="checkbox"/> 一般従事者（登録販売者試験合格者・配置販売業一般従事者） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
勤 務 日 及 び 勤 務 時 間		