県共通様式第２

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 |  □管理薬剤師（□常勤） □勤務薬剤師（□常勤　□非常勤　□派遣） □登録販売者（管理者　□常勤）□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：□有 □無）（□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□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 □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）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 勤務日及び勤　務　時　間 |  |

（注意）

　１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。

 ２　字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。

　３　勤務日及び勤務時間は、１週間に勤務する通常の曜日及び通常の勤務時間を記載すること。

　　　変形労働時間制の場合、月○日または週○日、１日○時間などの記載でも可。