

(薬局製剤)

## 使用関係証明書

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。

年 月 日

使用者 住 所 \_\_\_\_\_  
名 称 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

被使用者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

### 記

1. 業 務 総括製造販売責任者・製造管理者

2. 薬局の名称 \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_

3. 勤務時間  
時 分から 時 分まで

4. 休 日