

(薬局)

## 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 \_\_\_\_\_ (印)

被使用者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

### 記

1. 業 務 管理薬剤師 ・ その他の薬剤師 ・ その他の登録販売者

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