

すべての薬剤師、登録販売者について必要です。

捨印

捨印

使用関係証書

下記のとおり、使用関係にあることを証します。

記

- 勤務場所の名称 **ドラッグストア ○○**
所在地 **熊本市○区○○△丁目○番○号 ○○ビル1階**
- 勤務時間 **9時00分 から 18時00分まで**
(週あたり勤務時間数: **40** 時間)
- 休日 **土曜日・日曜日・祝日**
- 給料 **月 350,000** 円
- 管理者である場合、上記勤務場所以外の場所において、薬事に関する実務に従事しないこと。

○年 ○月 ○日

使用者

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)
熊本市○区○○△丁目△番△号

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)
株式会社 ▼▼
代表取締役 □□ □□

法人の場合法人印、
個人の場合個人印
を押印

印

被用者 (管理者 その他の資格者)

住所 **熊本市○区○○△丁目○番○号**

(ふりがな) **くまもと たろう**
氏名 **熊本 太郎**

個人印

印

※いわゆるシャチハタ
は印鑑ではありません

薬剤師・登録販売者・その他 ()

登録番号: **00-00-0000** 登録年月日: **○年○月○日**
生年月日: **○年○月○日**

熊本市保健所長 様