

使用関係を証する書類

年 月 日

岐阜県知事 様

雇主任所

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 (□常勤) <input type="checkbox"/> 勤務薬剤師 (□常勤 □非常勤 □派遣) <input type="checkbox"/> 登録販売者 (管理者 □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: □有 □無) (□常勤 □非常勤 □派遣) <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器等販売業・貸与業管理者 <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		

(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。