|  |
| --- |
| 証明書  別紙様式　共通－２  住所  氏名  年　　　月　　　日生  上記の者は次の条件で 　　 していることを証明します。  雇用  勤務  １　勤務内容  薬局 ・ 店舗販売業 ・ 卸売販売業  高度管理医療機器等販売業等  再生医療等製品販売業  その他（　　　　　　　　　　　　　　）  （1）管理者  （2）管理者以外の従業者  ２　資格  （1）薬剤師　　（2）登録販売者  （3）その他（医薬品医療機器等法施行規則第　　条 第　　項 第　　号　　該当）  ３　勤務場所  所在地  名称  電話番号  ４　週当たり勤務時間数　　　　　　　　　　　　　時間  ５　その他  　　　年　　　月　　　日  開設者住所  氏名  法人にあつては、主たる事務所の所在地  法人にあつては、名称及び代表者の氏名 |