

証 明 書

住所

氏名

年 月 日生

上記の者は次の条件で雇用
勤務 していることを証明します。

1 勤務内容

(1) 管 理 者

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 ()

(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

平成 年 月 日

開設者住所

〔法人にあつては、主
たる事務所の所在地〕

氏名

〔法人にあつては、名
称及び代表者の氏名〕

印