

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
- (2) 管理者以外の従業者
- 〔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 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

〔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〕