

## 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 〕