|  |
| --- |
| 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 |