

# 証 明 書

資格者 住 所

氏 名

年 月 日生

雇用

上記の者は次の条件で勤務 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  
その他 ( )

(2) 管 理 者 以 外 の 従 事 者

## 2 資 格

(1) 薬 剤 師 (2) 登録販売者

(3) そ の 他 (医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する  
法律施行規則 第 条 第 項 第 号 該当)

## 3 勤務場所

所 在 地

名 称

電 話 番 号

## 4 上記 3 における勤務時間

週当たり勤務時間数

時間

勤 務 時 間

時から

時まで

上 記 の 者 の 休 日

## 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〕