使　用　関　係　証　書

　下記のとおり、使用関係にあることを証明します。

記

１．勤務場所の名　称

　　　　　　　所在地

２．勤務総時間　　　　　　　　　　時間／週

３．休　　　日

４．管理者の場合、他の勤務地において薬事に関する業務に従事しないこと。

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　使用者　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　被雇用者（管理者・その他薬剤師又は登録販売者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

（宛先）東大阪市長