＜法人参考様式＞

業務従事証明書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　役職名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　上記の者が次のとおり業務に従事することを証します。

　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　法人の主たる事務所の所在地

　　　　　　　　　　　　　法人の名称及び代表者の氏名

記

　１　業務内容　　　　　管理薬剤師　　　　　　　　　　　その他薬剤師

登録販売者（管理者）　　　　　　その他登録販売者

医療機器販売（貸与）業管理者　　毒物劇物取扱責任者

　２　業務従事時間　　　　　　　時　　　分　～　　　　時　　　分

　３　休　日

　４　業務従事場所　　　薬局・店舗・営業所の名称

　　　　　　　　　　　　薬局・店舗・営業所の所在地

（参考：その他薬剤師・その他登録販売者で当該薬局等以外に勤務する薬局等がある場合）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 勤　　務　　場　　所 | | 勤　務　時　間  時　 分～　 時　 分(　時間／日) | 休日 |
| 名　　　称 | 所　在　地 |
|  |  |  |  |