（管理者用）

**使用関係証明書**

薬局・店舗・営業所の所在地　　　静岡市

薬局・店舗・営業所の名称

（法人の場合は名称及び代表者氏名）

　　　　　　　　　 ふりがな

　　　　　　　薬剤師　・　登録販売者

（該当する資格を丸で囲むこと）

　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　第　　　　　　　　　　　号

１.　管理者　　　　　　　　　　は上記薬局・店舗・営業所で勤務することを承認する。

１.　勤務時間は午前　　　　時から午後　　　　時まで

　　上記薬局・店舗・営業所における勤務時間数は、週　　　　　　　　時間とする。

１.　管理者　　　　　　　　　　は上記薬局・店舗・営業所以外の場所において、業務上の資格に伴なう一切の業務に従事しない。（管理者が兼務の許可を受けている場合を除く。）

１.　給与は月額　　　　　　　　　　円とする。

　　　上記のとおり両者における使用関係を証明します。

　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　 営業者氏名

 　　　（法人にあたっては、名称及び代表者氏名）

管理者氏名