

使用関係証明書

下記事項を条件として使用関係にあることを証します。

年 月 日

使用者 住 所 _____

氏 名 _____

被使用者 住 所 _____

氏 名 _____

記

1 業務内容

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に基づく高度管理医療機器等販売業・貸与業の営業所管理者の業務

2 勤務営業所

名 称 _____

所在地 _____

3 勤務日及び勤務時間

勤務日 _____ 勤務時間 _____ 時 分～ _____ 時 分

(週あたり勤務時間数) _____ 時間

(注 意)

- 1 使用者が法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称、代表者名を記載すること。
- 2 上記の業務内容の欄は、申請の内容に応じて「販売業」又は「貸与業」の文字を二重線で消してください。