**使　用　関　係　証　明　書**

下記のとおり、使用関係にあることを証します。

記

１　勤務場所の名　称

　　　　　　　所在地

１　勤務時間　　　　　　　時間／週

１　休　　日

１　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　用　者　　住所

　　　　　　　　　　　　氏名

吹田市保健所長　様