（高度管理医療機器等営業所管理者用）

**使用関係証明書**

営業所の所在地

営業所の名称

営業者の所在地

営業者の氏名

（法人の場合は名称及び代表者氏名）

管理者の住所

管理者の氏名

１.　管理者　　　　　　　　　　は上記営業所で勤務することを承認する。

１.　勤務時間は午前　　時　　分から午後　　時　　分まで　（ただし、休日を除く）

１.　管理者　　　　　　　　　　は上記店舗以外の場所において、業務上の資格に伴う一切の業務に従事しない。

１.　給与は月額　　　　　　　　　　円とする。

　　　上記のとおり両者において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