

## 証 書

私どもは下記事項を条件として雇用（使用）関係にある  
ことを証します。

年 月 日

使 用 者 住 所

〔法人にあつては、主たる  
事務所の所在地〕

.....

氏 名  
〔法人にあつては、名称  
及び代表者の氏名〕

.....

被 用 者 住 所

氏 名

.....

.....

## 記

## 業 務

- 薬局管理者  
 店舗管理者（薬剤師・登録販売者）  
 管理者以外の従事者（薬剤師・登録販売者）  
 高度管理医療機器等販売業・貸与業管理者  
 毒物劇物取扱責任者  
 その他（ ）

勤 務 時 間 午前 \_\_\_\_ 時 \_\_\_\_ 分から午後 \_\_\_\_ 時 \_\_\_\_ 分まで

勤 務 日 週 \_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_ 曜日から \_\_\_\_ 曜日まで）

勤 務 形 態 常勤 非常勤 派遣

（薬局・店舗販売業に従事する場合）

当該薬局・店舗における週当たりの勤務時間数 週 \_\_\_\_ 時間

<薬剤師>

免許番号 第 \_\_\_\_ 号 免許年月日 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

<登録販売者>

登録番号（ \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ ） 登録年月日 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日