

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

（法人にあっては、主たる
事 務 所 の 所 在 地）

.....

氏 名
（法人にあっては、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