

雇用（使用）関係証明書

年 月 日

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。

〔 法人にあっては主たる
事務所の所在地 〕
雇用(使用)者 住所 _____

〔 法人にあっては法人の
名称及び代表者の氏名 〕
氏名 _____
被雇用(使用)者 住所 _____
(有資格者)
氏名 _____

記

1 業務内容

医薬品医療機器等法に基づく管理者以外の（ 薬剤師 ・ 登録販売者 ）の業務

2 勤務薬局又は店舗の名称及び所在地並びに勤務日及び勤務時間

薬局・店舗名称	薬局・店舗所在地	許可の区分	許可番号	勤務日	勤務時間
					: ~ : 週 時間
					: ~ : 週 時間
					: ~ : 週 時間
					: ~ : 週 時間
					: ~ : 週 時間
					: ~ : 週 時間

※証明時に従事又は従事を予定しているすべての施設を記載すること。