

使用関係証明書

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。

令和 年 月 日

使用主 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〕

被使用者 住所.....

氏名.....

記

- 1 業 務 薬局の管理者
- 医薬品販売業の管理者（ 薬剤師 登録販売者）
 上記管理者以外の資格者（ 薬剤師 登録販売者）
 高度管理医療機器等販売業・賃貸業管理者
 管理医療機器販売業・賃貸業管理者
 毒物劇物取扱責任者
 その他（ ）

2 勤務する店舗名及び所在地（配置販売業の場合は営業区域）

3 当該店舗での週あたりの勤務時間数

4 給 料