**雇 用（使 用）関 係 証 明 書**

令和　　年　　月　　日

私どもは、下記の事項を条件として雇用（使用）関係にあることを証します。

雇用（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）

|  |  |
| --- | --- |
|  | ㊞ |

被雇用（使用）者

　　住所

|  |
| --- |
| 〒 |

氏名

|  |  |
| --- | --- |
|  | ㊞ |

記

|  |
| --- |
|  |

１　薬局又は店舗の名称：

|  |
| --- |
|  |

２　薬局又は店舗の所在地：

|  |
| --- |
| 薬局　　・　　　店舗販売業　　　・　　　配置販売業 |

３　許可業態の種別：

|  |
| --- |
| 第　　　　　　　　　　　　号　　　　　　　年　　　月　　　日 |

４　許可番号及び許可年月日：

（注意）配置販売業の場合、薬局又は店舗の名称又は所在地の記載欄に、「秋田県一円」等許可を受けた営業区域を記載してください。