

雇用（使用）証明書

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。

年 月 日

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）

印

被雇用（使用）者

住所

氏名

印

記

1 業務 ① 雇用（使用）形態
 正社員 契約社員 その他（ ）

② 雇用（使用）内容
 薬局の管理者
 店舗販売業の管理者（ 薬剤師 登録販売者 ）
 卸売販売業の営業所管理者（ 薬剤師 その他 ）
 配置販売業の区域管理者（ 薬剤師 登録販売者 ）
 その他の従事者
（ 薬剤師 登録販売者 登録販売者（研修中） 一般従事者 ）
 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（ ）

2 勤務場所 名称又は区域 : _____
所在地 : _____

3 勤務開始日 _____ 年 月 日

4 勤務時間 ※1 _____ 時 分 から _____ 時 分 まで
(うち休憩時間 _____ 時間 _____ 分)

5 一週間当たりの通常の勤務時間数 ※1 (_____) 時間

6 勤務する曜日（該当の曜日を○）※2 _____ 月 火 水 木 金 土 日

※1 勤務時間については、いずれも営業時間内における勤務時間とすること。

※2 勤務時間又は勤務する曜日が不定の場合は、直近1ヶ月分の勤務シフト表の写しを添付すること。