

証 書

私どもは下記事項を条件として使用関係にあることを証します。

平成 年 月 日

使用者 住所
〔法人にあつては、主たる
事務所の所在地〕

氏 名
〔法人にあつては、名称
及び代表者の氏名〕

印

被使用者 住所

氏 名

印

記

1 業 務 管理者（薬剤師・登録販売者・ ）

勤務薬剤師（常勤、非常勤、派遣）

勤務登録販売者（常勤、非常勤、派遣）

高度管理医療機器等販売業・賃貸業管理者

毒物劇物取扱責任者

2 勤務時間 午前 時 分から午後 時 分まで

3 勤務日 週 日（ 曜日・シフト制）

4 週当り勤務時間数 週 時間

備 考

- 1 勤務日は、1週間に勤務する日数を記載すること。
- 2 勤務日のカッコ内は、勤務する曜日を記載するか、シフト制に丸を付けるかどちらか一方のみに記載すること。
- 3 該当する文字に丸を付けること。