

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。

年 月 日

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）

被使用者 住 所

氏 名

記

（以下の項目について丸印あるいは記入をお願いします）

- 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・研修中・非常勤・派遣）
 - ・高度管理医療機器等営業所管理者
 - ・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（日・月・火・水・木・金・土）
- 4 週当たりの勤務時間数 時間