

証 書

私どもは、下記事項を条件として、雇用 関係にあることを証します。
使 用

年 月 日

住 所
雇 用 者
(使用) 氏 名

住 所
被雇用者
(被使用) 氏 名

(生年月日 年 月 日)

記

1 業 務

管理薬剤師 ・ その他の薬剤師 ・ 医療機器販売（賃貸）管理者 ・ 毒物劇物取扱責任者

2 勤務地の名称及び所在地

名 称

所在地

3 勤務時間

4 その他参考事項

（その他の薬剤師で他の店舗に勤務する場合は、その名称及び所在地）