雇用（使用）関係証明書

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）

被雇用（使用）者（住　所　氏　名）

下記条件のもとに雇用（使用）関係にあることを証明します。

記

1　勤務場所の所在地及び名称

2　勤務内容（該当するものに○印をしてください。）

ア　薬局管理者（薬剤師）　　イ　その他の薬剤師
ウ　店舗管理者（薬剤師・登録販売者）　　エ　その他の登録販売者
オ　その他（　　）

3　勤務時間（上記１に記載した勤務場所での実際の勤務日及び勤務時間）

（週当たり　　時間）

4　雇用（使用）関係

ア　常勤　　イ　非常勤

5　雇用（使用）関係発生日

年　　月　　日

6　その他

（注意事項）
被使用者が薬局管理者である場合、その他の欄に、「上記薬局以外の場所で業として薬局の管理その他薬事に関する実務に従事しない」旨を記載すること。