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（店舗）管理者である場合、その他の欄に、「上記薬局（店舗）以外の場所で業として薬局（店舗）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。