**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。

　　年　　月　　日

(法人の場合は主たる事務所の所在地)

雇用者　　　住所

(法人の場合は名称及び代表者名)

氏名

被用者　　　住所

氏名

記

|  |  |
| --- | --- |
| 業　　務 | その他の薬剤師　　　・　　　その他の登録販売者 |
| 許可番号 |  |  |  |
| 名称 |  |  |  |
| 住所 |  |  |  |
| 月 曜 日 |  |  |  |
| 火 曜 日 |  |  |  |
| 水 曜 日 |  |  |  |
| 木 曜 日 |  |  |  |
| 金 曜 日 |  |  |  |
| 土 曜 日 |  |  |  |
| 日 曜 日 |  |  |  |
| 薬局ごとの週あたりの勤務時間数 |  |  |  |
| 週あたりの勤務時間数合計 |  |