

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

雇用者 (法人の場合は主たる事務所の所在地)
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			