

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

1 業 務 管理薬剤師

2 勤務時間 午前・午後 時 分～午前・午後 時 分
(週 時間勤務)
(月 日勤務)

3 休 日 薬局の休日

被用者の休日

4 給 料 円
(ただし 年額 ・ 月額 ・ 日額 ・ 時給)

5 勤務場所 住所

名称

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		
薬局許可番号			
薬局名称			
薬局住所			
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			