

# 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 店舗管理者

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 店舗の休日

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	
店舗許可番号					
店舗名称					
店舗住所					
月 曜 日					
火 曜 日					
水 曜 日					
木 曜 日					
金 曜 日					
土 曜 日					
日 曜 日					
店舗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					