

# 雇用（使用）関係証明書

年 月 日

雇用（使用）者	住所	〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕	
	氏名		〔法人にあつては、名称及び代表者の氏名〕
被雇用（使用）者		〔住所〕	印
		〔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。