

# 使用関係証明書

年 月 日

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)

⑩

被使用者 住 所

氏 名

⑩

私どもは、下記の条件のもとに使用関係にあることを証明します。

## 記

- 1 業 務 管理薬剤師、店舗管理者、区域管理者、医薬品営業所管理者  
高度管理医療機器等販売・貸与業営業所管理者、  
再生医療等製品販売業営業所管理者、毒物劇物取扱責任者
- 2 勤務する店舗・営業所  
名 称  
所在地
- 3 上記店舗・営業所の勤務始期  
年 月 日から
- 4 勤務時間  
AM・PM : ~AM・PM : (適用日 )  
AM・PM : ~AM・PM : (適用日 )  
AM・PM : ~AM・PM : (適用日 )  
休憩時間( )分
- 5 店舗の営業時間  
AM・PM : ~AM・PM : ( )曜日~( )曜日  
AM・PM : ~AM・PM : ( )曜日~( )曜日  
AM・PM : ~AM・PM : ( )曜日~( )曜日  
(休業日 )
- 6 休日・休暇  
定例日 : 毎週 曜日、国民の祝日、その他( )  
非定例日 : 週・月当たり 日、その他( )  
年次有給休暇 日、その他の休暇( )
- 7 給 料  
( 円) (年額・月額・日額・時給)