

# 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)

被使用者 住 所

氏 名

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 その他の薬剤師・登録販売者( 常勤 ・ 非常勤 )

2 勤務する薬局・店舗

名 称

所在地

3 上記薬局・店舗の勤務始期

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 上記薬局・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 兼務する薬局・店舗名称