

年 月 日

使用関係証明書

開設者住所

氏名

※その他の使用者については別紙のとおり

労働者派遣事業者住所

氏名

勤務薬剤師・登録販売者住所

氏名

生年月日 T・S・H 年 月 日

下記条件のとおり使用関係にあることを証明します。

記

1 勤務時間 時から 時まで
(店舗営業時間 時から 時まで)

2 休日
(店舗の休日)

3 給与 (月額・日額・時間額)
円

4 業務