

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)