

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 勤務する店舗・営業所

名 称

所 在 地

3 上記店舗の勤務始期

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 店舗・営業所の営業時間

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)

8 兼務する店舗・営業所名称