

雇用関係証明書

〇〇年〇〇月〇〇日

雇用者
住所 法人にあっては、主たる事務所の所在地 高知県高知市丸ノ内1-2-0
氏名 法人にあっては、名称及び代表者の氏名 有限会社 県庁調剤薬局
代表取締役 高知 太郎

被雇用者
住所 高知市〇〇町〇〇-△△
氏名 上町 次郎

有限会社
県庁調剤
薬局代表
取締役の
印

個人の場合：現住所、個人名を記載し、
個人印を押印
法人の場合：登記された本社の所在地、
登記された商号及び代表取締役名を記載
し、代表取締役の登記印を押印。

下記条件のもとに雇用関係にあることを証します。

記

1. 勤務場所の名称及び所在地

〇〇薬局 県庁前店
高知市丸ノ内1-2-0

2. 勤務内容（該当するものに○をつけてください。）

- (1) 管理者（**薬剤師** ・ 登録販売者 ・ その他）
(2) 勤務薬剤師（常勤 ・ 非常勤）
(3) 勤務登録販売者（常勤 ・ 非常勤）
(4) 高度管理医療機器等販売業・貸与業営業所管理者
(5) 毒物劇物取扱責任者
(6) その他

1で記載した勤務場所での
勤務時間を記入。

3. 勤務日・勤務時間・週当たり勤務時間数（曜日及び時間）

月曜日から金曜日
午前9時から午後5時まで
(週当たり勤務時間数： 40 時間)

・週当たり勤務時間数については、通常の勤務体制にて当該薬局で勤務する時間数により算出すること。
・シフト勤務等による週当たり勤務時間数の変動がある場合は、週平均により算出すること。

4. その他（2で管理者を選択している場合は、チェックボックスにレ点を入れてください。）

- 上記店舗以外の場所で、業として店舗の管理その他薬事に関する実務に従事しない。