

(薬局)

使用関係証明書

私どもは下記事項を条件として使用関係にあることを証します。

年 月 日

使用者 住 所 _____
名 称 _____
氏 名 _____

被使用者 住 所 _____
氏 名 _____

記

1. 業 務 管理薬剤師 ・ その他の薬剤師 ・ その他の登録販売者

2. 薬局の名 称 _____
所在地 _____

3. 勤務時間 _____
時 分から 時 分まで

4. 休 日