

証 書

私どもは、下記事項を条件として、
雇用 関係にあることを証します。
使用

年 月 日

住 所
雇用者
(使用) 氏 名
代表取締役

住 所
被雇用者
(被使用) 氏 名
(生年月日) 年 月 日

記

1 業 務

2 勤務地の所在地及び名称
所在地
名 称

3 その他の参考事項
(その他の薬剤師で他の店舗に勤務する場合は、その名称及び所在地)

兼務する薬局、店舗