

様式 4

薬剤師・登録販売者の雇用証明書

年 月 日

下記のとおり、雇用していることを証します。

住所 { 法人にあっては、主たる事務所の所在地 }

氏名 { 法人にあっては、名称及び代表者の氏名 }

資格者の氏名	ふりがな 氏名								
	住所	〒							
資格の種別等	種別	薬剤師・登録販売者 ()							
	番号	第 号							
	年月日	昭和・平成・令和 年 月 日							
勤務状況	主として勤務する店舗	店舗名							
		曜	~	曜日	時	分	~	時	分
		曜	日	時	分	~	時	分	
		曜	日	時	分	~	時	分	
		曜	日	時	分	~	時	分	
	週当たり勤務時間数	時間	形態	常勤・非常勤 ()					
	他に勤務する店舗	店舗名							
		曜	~	曜日	時	分	~	時	分
		曜	日	時	分	~	時	分	
	週当たり勤務時間数	時間	形態	常勤・非常勤 ()					
	他に勤務する店舗	店舗名							
		曜	~	曜日	時	分	~	時	分
曜		日	時	分	~	時	分		
週当たり勤務時間数	時間	形態	常勤・非常勤 ()						
休日等	・日曜日・祝祭日・								
給与	年俸・月給・日給・時給 () 円								
備考									

() いずれかを で囲んでください。