

## 雇用関係（勤務状況）証書

私どもは、下記事項を条件として雇用関係（勤務状況）にあることを証します。

年 月 日

雇用主 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)

被雇用者 住 所  
氏 名

### 記

1. 業 務 管理者（薬剤師・登録販売者）、その他従事者（薬剤師・登録販売者）、  
薬局製造販売医薬品（医薬品等統括製造販売責任者・医薬品製造管理者）、  
高度管理医療機器等営業所管理者、特定管理医療機器営業所管理者、  
毒物劇物取扱責任者
2. 勤務場所 所在地  
名 称
3. 勤務時間 時 分から 時 分まで
4. 勤 務 日 週 日（曜日等）  
※3.及び4.から、2.の施設において、1.の業務を行う週当たりの勤務時間  
( ) 時間
5. 給 料 規定のとおり
6. 備 考

(注意事項)

1. その他従事者で、当該薬局（店舗）以外に勤務する薬局（店舗）がある場合は、備考欄に具体的事項（勤務場所、勤務時間、勤務日等）を記載すること。
2. 開設者等が法人であり、その代表者が資格者である場合は、本様式を使用して、当該施設における勤務状況を証明すること。
3. 従事者が、常勤である場合は、その旨を6. 備考欄に記載すること。