

使用関係証明書

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地) 福岡県●●市●●●●●●-●●●●

氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名) 株式会社記載例薬品 代表取締役 福岡太郎

(記名押印又は署名) 

下記の者について、下記のとおり使用関係にあることを証明します。

(元号) 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

記

1 被使用者 住 所 〇〇〇市〇〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇

氏 名 筑紫 一郎

生年月日 (元号) 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日生

2 勤務内容
(管理者・管理者以外の従事者) として (調剤・販売) に従事する。

3 資 格
(薬剤師・登録販売者・その他 ())

4 勤務場所
所在地 福岡県〇〇町〇〇〇〇〇-〇〇〇〇
名称 株式会社記載例薬品 〇〇営業所

5 上記4における勤務時間
週当たり勤務時間数 45 時間 〇〇 分
勤務時間 9 時から 18 時まで
休日 土曜日・日曜日

6 その他