使用関係証書

下記のとおり、使用関係にあることを証します。

記

1　勤務場所の名　称

所在地

2　勤務時間　　　　　　　　　時　　　分　から　　　　時　　　分まで

　（週当たり勤務時間数：　　　　　時間）

3　休日

4　給料　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

5　管理者である場合、上記勤務場所以外の場所において、薬事に関する実務に従事しないこと。

　　　年　　　月　　　日

使用者

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）

被用者（□管理者　　□その他の資格者）

住 所

薬剤師・登録販売者・その他（　　　　　　　　　　　）

登録番号：　　　　　　　　　登録年月日：

生年月日：

熊本市保健所長　様