

使用関係を証する書類

薬事に関する実務に従事する者として、使用関係にあることを証します。

雇用主 住 所

氏 名

被使用者 住 所

氏 名

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

勤務時間 午前 時 分～午後 時 分まで

ただし、()は休日とする。

年 月 日