

雇用（使用）関係証明書

下記のとおり雇用（使用）関係にあることを証します。

記

1 勤務場所

名称 ○○薬店
所在地（区域） ○○市○○ △丁目△△-△△
許可の種類 薬種商販売業
許可番号 ○○○○○○○○

2 勤務日

祝日を除く毎週月曜日から金曜日まで

3 勤務時間

9時～18時

平成 ○○年 ○○月 ○○日

雇用（使用）者

住所 福井県××市○△町○○ △△-△△
株式会社 ○○○○
氏名 代表取締役 ○ ○ ○ ○

法人の登記印

の印
代表取締役
印

被雇用（使用）者

住所 福井県○○市○○○ △丁目△△-△△
氏名 ○ ○ ○ ○

印