

雇 用 関 係 証 明 書

被 雇 用 者	氏 名	
	生 年 月 日	昭・平 年 月 日生 (歳)
	住 所 電 話 番 号	〒 - ()
	資 格	薬剤師に限る。
勤 務 形 態	1 週間当たり	日
	1 日 当 たり	時 間 分
	勤 務 開 始 時	平成 年 月 日から
勤 務 場 所	名 称	
	所 在 地 電 話 番 号	〒 - ()

上記のとおり、雇用関係にあることを証します。

平成 年 月 日

雇 用 者 所 在 地
名 称
代 表 者
電 話 番 号

(印)
()