

証 書

私どもは、下記の事項を条件として雇用関係にあることを証します。

年 月 日

雇用者
住 所
氏 名

被雇用者
住 所
氏 名

記

1. 業 務 管理薬剤師・店舗管理者（薬剤師・登録販売者）
その他薬剤師・その他登録販売者
営業所管理者（薬剤師・医療用ガス類・歯科用医薬品）
薬局製剤製造管理者・薬局製剤総括製造販売責任者
高度管理医療機器等 販売業 賃貸業 管理者
毒物劇物取扱責任者

2. 勤務場所 名 称：
所在地：

3. 雇用形態 常 勤 ・ 非常勤

【記載上の注意】

1. 雇用主が法人の場合は、主たる事務所の所在地・名称・代表者名を記載のこと。
2. 該当する事項に○を付けること。