雇用証明書

私どもは下記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

甲：雇用者　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

乙：被用者　住　所

氏　名

記

|  |  |
| --- | --- |
|  | 　　登録販売者（管理者）　その他登録販売者　　医療機器販売（貸与）業管理者 |
|  |  |
|  | 　　　時　　　分　～　　　時　　　分（　　時間／日） |
|  |  |

なお、【管理薬剤師・毒物劇物取扱責任者・登録販売者（管理者）】である乙は、薬局等施設外実務従事許可を受けたとき以外は、【薬事・毒物劇物】に関する一切の業務に従事しません。

（参考：その他薬剤師、その他登録販売者で当該薬局等以外に勤務する薬局等がある場合）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤　　務　　場　　所 | 勤　務　時　間時　 分～　 時　 分(　時間／日) | 休日 |
| 名　　　称 | 所　在　地 |
|  |  |  |  |