

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 〔 法人にあつては、主たる事務所の所在地 〕
氏名 〔 法人にあつては、名称及び代表者の氏名 〕

乙：被用者 住所
氏名

記

業務内容	管理薬剤師 その他薬剤師 毒物劇物取扱責任者 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
勤務場所	
勤務時間	時 分 ～ 時 分（ 時間／日）
休日	

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		