

雇用関係証明書

年 月 日

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

印

被雇用者 住 所
氏 名

印

下記条件のもとに雇用関係にあることを証します。

記

1 勤務場所の所在地及び名称

2 勤務内容

- (1) 管理薬剤師 (2) その他の薬剤師
(3) 高度管理医療機器等営業所管理者 (4) 毒物劇物取扱責任者
(5) その他 ()

3 勤務時間

4 休日

5 雇用関係発生日

年 月 日

6 その他の勤務条件等(参考事項)