

雇用関係証明書

年 月 日

雇 用 者 住 所 $\left(\begin{array}{l} \text{法人にあつては、主} \\ \text{たる事務所の所在地} \end{array} \right)$
氏 名 $\left(\begin{array}{l} \text{法人にあつては、名} \\ \text{称及び代表者の氏名} \end{array} \right)$

被 雇 用 者 住 所
氏 名

下記条件のもとに雇用関係にあることを証します。

記

1. 勤務場所の名称及び所在地

2. 勤務内容（該当するものに○をつけてください。）

- (1) 管 理 者（ 薬剤師 ・ 登録販売者 ・ その他 ）
- (2) 勤 務 薬 剤 師（ 常勤 ・ 非常勤 ）
- (3) 勤 務 登 録 販 売 者（ 常勤 ・ 非常勤 ）
- (4) 高度管理医療機器等販売業・貸与業営業所管理者
- (5) 毒物劇物取扱責任者
- (6) その他（ ）

3. 勤務日・勤務時間・週当たり勤務時間数（曜日及び時間）

（週当たり勤務時間数： 時間）

4. その他（2で管理者を選択している場合は、チェックボックスにレ点を入れてください。）

上記営業所以外の場所で、業として営業所の管理その他薬事に関する実務に従事しない。