

雇用証明書

令和7年1月24日

私たちは、下記事項を条件として使用関係にあることを証明します。

雇用者 住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地) 東京都〇区〇〇町〇番地
氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名) 株式会社 〇〇ドラッグ
代表取締役 〇〇〇

被雇用者 住所 小樽市〇△丁目〇番×号
氏名 〇〇 〇〇
生年月日 平成〇年〇月〇日

記

1 勤務場所 所在地 小樽市〇△丁目〇番×号
名称 〇〇ドラッグストア

2 業務内容

薬局管理者

店舗管理者 (薬剤師 登録販売者)

管理者以外の従事者 (薬剤師 登録販売者)

医薬品営業所管理者

(薬剤師 みなし合格登録販売者 医療用ガス類 歯科用医薬品)

高度管理医療機器等営業所管理者

3 勤務日・勤務時間

月、火、木、金：午前9時～午後5時水、土：午前9時～午後1時（週40時間）

4 休日

日、祝日、年末年始

5 その他

(注) この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

・ 開設者と被雇用者が直接雇用契約をしていない場合（派遣等）は、派遣関係であることがわかる書類（開設者と雇用者の派遣契約書等）の写しを添付してください。
・ 雇用者、被雇用者とも押印は不要です。