

雇用証明書

令和7年2月3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
代表取締役 〇〇 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

・雇用者、被雇用者とも押印は不要です。

記

1 勤務場所 所在地 小樽市〇△丁目〇番×号
名称 株式会社〇〇 小樽営業所

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～金：午前9時～午後5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。

・該当する資格にチェックしてください。
・医療用ガス類、歯科用医薬品の従事経験者が管理者になる場合は別途従事経験証明書を添付してください。