

証 書

私どもは、下記の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

住 所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

雇用者

氏 名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

住 所

被雇用者

氏 名

記

1. 業 務（括弧内に○をすること。）

- 薬局の管理者
- 店舗管理者（薬剤師）
- 店舗管理者（登録販売者）
- 管理者以外の薬剤師
- 管理者以外の登録販売者
- 卸売販売業の営業所管理者（薬剤師）
- 卸売販売業の営業所管理者（みなし合格登録販売者
【第二類医薬品又は第三類医薬品のみの販売】）
- 卸売販売業の営業所管理者（指定卸売医療用ガス類）
- 卸売販売業の営業所管理者（指定卸売歯科用医薬品）
- 卸売販売業の営業所管理者（指定卸売医療用ガス類及び指定卸売歯科用医薬品）
- 薬局製剤製造販売業の総括製造販売責任者
- 薬局製剤製造業の製造管理者
- 高度管理医療機器等販売業の営業所管理者
- 高度管理医療機器等貸与業の営業所管理者
- 高度管理医療機器等販売業・貸与業の営業所管理者
- 再生医療等製品販売業の営業所管理者
- 毒物劇物取扱責任者

2. 勤務場所 名 称：

所在地：

3. 雇用形態 常 勤 ・ 非常勤