

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。

平成 年 月 日

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

雇用者

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

Ⓜ (法人にあつては、代表者印)

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